

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Clínica



**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA
MENOPAUSIA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Sonia Gutiérrez Gómez-Calcerrada

Bajo la dirección de la doctora

Cristina Larroy García

Madrid, 2012

ISBN: 978-84-695-3307-9

© Sonia Gutiérrez Gómez-Calcerrada, 2006

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Psicología Clínica



TESIS DOCTORAL

TRATAMIENTO COGNITIVO- CONDUCTUAL EN LA MENOPAUSIA

SONIA GUTIÉRREZ GÓMEZ -CALCERRADA

Directora: Cristina Larroy García

Madrid, 2006

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CUADROS.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE TABLAS	IXIII
AGRADECIMIENTOS.....	XVII
PARTE TEÓRICA	1
INTRODUCCIÓN	3
1. EL CONCEPTO DE MENOPAUSIA Y CLIMATERIO	5
1.1. Definición y caracterización de menopausia	5
1.1.1. Menopausia precoz.....	7
1.1.2. Menopausia quirúrgica	9
1.2. Definición de climaterio	11
1.3. Evolución del concepto de menopausia.....	12
2 FISIOLÓGÍA DE LA MENOPAUSIA.....	19
2.1. Fisiología durante la etapa perimenopáusica	21
2.1.1. Síndrome premenstrual.....	23
2.1.2. Trastornos del útero y de la mama	24
2.1.3. Trastornos de la piel	24
3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS EN LA MENOPAUSIA.....	27
3.1. Síntomas vasomotores	33
3.2. Alteraciones genitourinarias	38
3.2.1. Atrofia vaginal	38
3.2.2. Trastornos urinarios.....	39
3.3. Osteoporosis.....	41
3.4. Riesgos cardiovasculares	46
3.5. Problemática psicológica en la menopausia	49
3.5.1. Ansiedad y depresión	51
3.5.2. Trastornos del sueño.....	53
3.5.3. Sexualidad y pareja	56
4 EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA EN LA MENOPAUSIA.....	63
4.1. Controles médicos	63

4.2. Índice menopáusico de Kupperman y Blatt	63
4.3. Evaluación psicológica y sexualidad durante la menopausia	64
5. TRATAMIENTO DE LA MENOPAUSIA.	67
5.1. Terapia hormonal sustitutiva.....	67
5.2. Otros tratamientos farmacológicos.....	76
5.3. Intervención psicológica en el tratamiento de la menopausia.	78
5.3.1. Programas de atención integral	78
5.3.2. Intervención cognitiva-conductual en la menopausia	83
6. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO- CONDUCTUAL PARA LA SINTOMATOLOGÍA DE LA MENOPAUSIA.	89
6.1. Consideraciones previas	89
6.2. Propuesta de programa.	90
PARTE EMPÍRICA	93
7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	95
7.1. Introducción	95
7.2. Objetivo	95
7.3. Hipótesis	96
8. MÉTODO	97
8.1. Diseño	97
8.1.1. Variable independiente	97
8.1.2. Variables dependientes	97
8.1.3. Variables extrañas o contaminadoras	98
Asignación de las participantes a los grupos experimental y control.....	98
Terapeutas	99
Otras variables	99
8.2. Participantes	99
8.2.1. Reclutamiento y captación de los sujetos	99
8.2.2. Muestra	100
8.3. Instrumentos y material utilizado	102
8.3.1. Instrumentos.....	102
Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt.....	102
La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión	102

Cuestionario de Valoración de Calidad de Vida, en Mujeres de 45 a 64 años	103
8.3.2. Material utilizado	104
8.4. Procedimiento.	104
8.4.1. Prueba piloto	104
8.4.2. Continuación trabajo de investigación	105
8.4.3. Evaluación pretratamiento	105
8.4.4. Tratamiento	106
8.4.5. Evaluación postratamiento.....	107
8.4.6. Seguimiento	107
9. RESULTADOS	113
9.1. Descripción de la muestra.....	113
9.1.1. Variables sociodemográficas	113
Edad	113
Estado civil.....	113
Número de hijos	114
Situación laboral.....	114
Centro de impartición del programa o localidad de origen.....	115
9.1.2. Variables dependientes	116
Índice menopáusico de Kupperman y Blatt	117
Síntomatología psicológica: HADS.....	120
Calidad de vida.....	121
9.2. Eficacia del tratamiento	123
9.2.1. Homogeneidad de los grupos.....	123
Grupo clínico experimental y control.....	123
Seguimientos	124
9.2.2. Análisis interferencia número de sesiones.....	125
9.2.3. Análisis interferencia terapeutas	127
9.2.4. Análisis de la eficacia del tratamiento.....	128
Índice de Kupperman y Blatt: Síntomatología física.....	130
HADS: Ansiedad y depresión	133
Calidad de vida.....	139
9.2.5. Significación clínica	143

9.2.6. Tamaño del efecto del programa de intervención y potencia estadística.	148
9.2.7. Valoración que las participantes hacen del tratamiento	149
9.3. Confirmación de hipótesis	150
10. DISCUSIÓN.....	153
10.1. Respecto a la metodología	153
10.2. Respecto a la muestra	155
10.2.1. Variables sociodemográficas	155
10.2.2. Sintomatología menopáusica y calidad de vida	156
10.3. Respecto al tratamiento.....	160
10.4. Limitaciones de la investigación y futuras líneas de investigación	166
11. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	169
REFERENCIAS	173
ANEXOS	189
ANEXO 1:	191
INSTRUMENTOS UTILIZADOS	191
ANEXO 2:	199
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	199
PROTOCOLO DE INTEVENCIÓN EN 10 SESIONES.....	201
Sesión 1: Información y evaluación.....	203
Sesión 2: ¿Qué nos está pasando?.....	208
Sesión 3: ¿Qué nos está pasando? II	230
Sesión 4: Técnicas de tratamiento de los cambios a corto plazo asociados a la menopausia	246
Sesión 5: Técnicas de tratamiento de los cambios a corto, medio y largo plazo asociados a la menopausia	253
Sesión 6: Técnicas de tratamiento de los cambios a medio y largo plazo asociados a la menopausia II.....	264
Sesión 7: Identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales .	276
Sesión 8: Identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales II	287
Sesión 9: Solución de problemas y administración del tiempo	293

Sesión 10: Evaluación postratamiento y despedida del programa.....	305
PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN 8 SESIONES	307
Sesión 1: Información y evaluación.....	309
Sesión 2: ¿Qué nos está pasando?.....	314
Sesión 3: Técnicas de tratamiento de los cambios a corto plazo asociados a la menopausia	347
Sesión 4: Técnicas de tratamiento de los cambios a medio y largo plazo asociados a la menopausia	358
Sesión 5: Técnicas de tratamiento de los cambios a medio y largo plazo asociados a la menopausia II.....	367
Sesión 6: Identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales ...	379
Sesión 7: Solución de Problemas y administración del tiempo	394
Sesión 8: Evaluación postratamiento y despedida del programa.....	406
ANEXO 3:	409
MATERIAL UTILIZADO	409

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 2.1. CONSEJOS DEL INSTITUTO PALACIOS PARA LA PIEL	25
CUADRO 3.1. SÍNTOMAS Y SIGNOS DE SOSPECHA DE ESTAR EN EL CLIMATERIO-PERIMENOPAUSIA	27
CUADRO 3.2. CONSEJOS DEL INSTITUTO PALACIOS PARA LA ATROFIA VAGINAL.....	39
CUADRO 3.3. CONSEJOS INSTITUTO PALACIOS PARA LA INCONTINENCIA URINARIA	40
CUADRO 3.4. FACTORES DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR CORONARIA	
CONFIRMADA	46
CUADRO 3.5. CONSEJOS INSTITUTO PALACIOS PARA LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA	
MUJER	47
CUADRO 3.6. MEDIDAS HIGIÉNICAS DEL SUEÑO	55
CUADRO 8.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN GRUPO CLÍNICO	106

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.1. ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO DE LAS MUJERES EN ESPAÑA	5
FIGURA 1.2. ESPERANZA DE VIDA MEDIA AL NACIMIENTO DE LAS MUJERES EN EUROPA	6
FIGURA 1.3. TIPOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SOBRE EL ÚTERO Y OVARIOS	10
FIGURA 1.4. DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE CLIMATERIO	11
FIGURA 1.5. CONCEPTO DE MENOPAUSIA.....	17
FIGURA 2.1. ESQUEMA DEL CICLO MENSTRUAL.....	20
FIGURA 2.2. CONTROL DE LA FUNCIÓN DEL OVARIO.....	21
FIGURA 2.3. CONSECUENCIAS DEL HIPERESTROGENISMO RELATIVO EN LA PERIMENOPAUSIA	22
FIGURA 3.1. CONSECUENCIAS DEL DESCENSO DE ESTRÓGENOS EN SANGRE EN EL CLIMATERIO	33
FIGURA 3.2. ESTANCIAS HOSPITALARIAS DE MUJERES POR FRACTURAS SEGÚN GRUPO DE EDAD EN ESPAÑA.	42
FIGURA 3.3. MEDIDAS POSTURALES QUE EVITARÁN LOS DOLORS Y REDUCIRÁN EL RIESGO DE FRACTURAS	45
FIGURA 3.4. CAUSA DE MUERTE EN MUJERES EN ETAPA POSTMENOPÁUSICA (FUENTE INE).....	48
FIGURA 3.5. CAUSA DE MUERTE EN MUJERES EN ETAPA POSTMENOPÁUSICA (FUENTE INE).....	48
FIGURA 3.6. DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN FEMENINA EN ESPAÑA POR EDAD Y HORAS DE SUEÑO	54
FIGURA 3.7. MODELO EXPLICATIVO DE LA SEXUALIDAD EN LA MENOPAUSIA.....	60
FIGURA 9.1. MEDIA DE EDAD GRUPOS	113
FIGURA 9.2. ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA	114
FIGURA. 9.3. SITUACIÓN LABORAL DE LA MUESTRA	114
FIGURA 9.4. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CENTRO DE IMPARTICIÓN DEL PROGRAMA O LOCALIDAD DE PROCEDENCIA.....	115
FIGURA 9.5. MEDIA ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL	130
FIGURA 9.6. MEDIA ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	130
FIGURA 9.7. MEDIA ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL.....	131
FIGURA 9.8. MEDIA ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	131

FIGURA 9.9. MEDIA ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CONTROL.....	132
FIGURA 9.10. MEDIA ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT EN EL GRUPO CONTROL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	132
FIGURA 9.11. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DEL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT	133
FIGURA 9.12. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DEL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS GRUPOS SEGUIMIENTO	133
FIGURA 9.13. MEDIA ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL.	134
FIGURA 9.14. MEDIA ANSIEDAD EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	134
FIGURA 9.15. MEDIA ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL	134
FIGURA 9.16. MEDIA ANSIEDAD EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	135
FIGURA 9.17. MEDIA DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL.	135
FIGURA 9.18. MEDIA DEPRESIÓN EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	135
FIGURA 9.19. MEDIA DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL	136
FIGURA 9.20. MEDIA DEPRESIÓN EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	136
FIGURA 9.21. MEDIA ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CONTROL.....	136
FIGURA 9.22. MEDIA ANSIEDAD EN EL GRUPO CONTROL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	137
FIGURA 9.23. MEDIA DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CONTROL	137
FIGURA 9.24. MEDIA DEPRESIÓN EN EL GRUPO CONTROL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	137

FIGURA 9.25. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LA ANSIEDAD.	138
FIGURA 9.26. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LA ANSIEDAD EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS GRUPOS SEGUIMIENTO.....	138
FIGURA 9.27. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LA DEPRESIÓN.	138
FIGURA 9.28. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LA DEPRESIÓN EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS GRUPOS SEGUIMIENTO	139
FIGURA 9.29. MEDIA CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL	140
FIGURA 9.30. MEDIA DEPRESIÓN EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	140
FIGURA 9.31. MEDIA CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL	140
FIGURA 9.32. MEDIA DEPRESIÓN EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	141
FIGURA 9.33. MEDIA CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CONTROL	141
FIGURA 9.34. MEDIA DEPRESIÓN EN EL GRUPO CONTROL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	141
FIGURA 9.35. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LA CALIDAD DE VIDA	142
FIGURA 9.36. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS GRUPOS SEGUIMIENTO	142
FIGURA. 9.37. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN EL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.....	143
FIGURA 9.38. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN EL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	143
FIGURA. 9.39. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CONTROL EN EL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.....	144
FIGURA 9.40. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CONTROL EN EL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO.....	144

FIGURA 9.41.PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LA ESCALA DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.....	145
FIGURA 9.42. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LA ESCALA DE ANSIEDAD EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	145
FIGURA 9.43.PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN	146
FIGURA 9.44. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO	146
FIGURA 9.45. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CONTROL EN LA ESCALA DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.....	147
FIGURA 9.46. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CONTROL EN LA ESCALA DE ANSIEDAD EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO.....	147
FIGURA 9.47. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CONTROL EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.....	148
FIGURA 9.48. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CONTROL EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO.....	148
FIGURA 9.49. VALORACIÓN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL.....	149
FIGURA 9.50. VALORACIÓN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL.	150

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.1. ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y A LOS 50 AÑOS DE EDAD PARA PAÍSES ESCOGIDOS (DATOS CORRESPONDIENTES A LOS AÑOS SETENTA Y OCHENTA) (OMS, 1996)	6
TABLA 3.1. SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A LA MENOPAUSIA (FERNÁNDEZ Y COLS., 2000)	32
TABLA 3.2. RESUMEN DE LA CLÍNICA DEL SOFOCO (PALACIOS Y MENÉNDEZ, 1998)	34
TABLA 3.3. PREVALENCIA DE LOS SOFOCOS EN DIFERENTES CULTURAS/PAÍSES (OMS, 1996)	35
TABLA 3.4. TASA DE INCIDENCIA (POR 100.000) DE LA FRACTURA DE CADERA POR PAÍS Y SEXO (OMS, 1996)	42
TABLA 5.1. CONTRAINDICACIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA THS (INSTITUTO DE LA MUJER, 1999)	73
TABLA 8.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.	101
TABLA 8.2. RESUMEN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (10 SESIONES)	108
TABLA 8.2. CONTINUACIÓN RESUMEN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (10 SESIONES)	109
TABLA 8.2. CONTINUACIÓN RESUMEN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (10 SESIONES)	110
TABLA 8.3. RESUMEN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (8 SESIONES)	111
TABLA 8.3. CONTINUACIÓN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (8 SESIONES).....	112
TABLA 9.1. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES PARA EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN.....	116
TABLA 9.2. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES PARA EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN.....	117
TABLA 9.3. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES PARA EL GRUPO CONTROL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN.....	118
TABLA 9.4. FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS DEL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL (EN %).....	118
TABLA 9.5. FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS DEL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL (EN %).....	119
TABLA 9.7. FRECUENCIA DE INTENSIDAD EN LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL (EN %).....	120
TABLA 9.8. FRECUENCIA DE INTENSIDAD EN LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN DEL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL (EN %).....	120
TABLA 9.9. FRECUENCIA DE INTENSIDAD EN LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN DEL GRUPO CONTROL (EN %).....	120

TABLA 9.10. FRECUENCIAS EN LAS DIFERENTES ESCALAS DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL (EN %).....	121
TABLA 9.11. FRECUENCIAS EN LAS DIFERENTES ESCALAS DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DEL GRUPO CONTROL (EN %).....	122
TABLA 9.12. FRECUENCIAS EN LAS DIFERENTES ESCALAS DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DEL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL (EN %).....	122
TABLA 9.13. <i>t</i> DE STUDENT INTERGRUPO: VARIABLES DEPENDIENTES Y EDAD PARA LOS GRUPOS INICIALES.....	123
TABLA 9.14. <i>t</i> DE STUDENT INTERGRUPO: VARIABLES DEPENDIENTES Y EDAD PARA LOS GRUPOS SEGUIMIENTO.....	123
TABLA 9.15. <i>t</i> DE STUDENT INTERGRUPO: VARIABLES DEPENDIENTES Y EDAD EN GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL INICIAL Y SEGUIMIENTO.....	124
TABLA 9.16. <i>t</i> DE STUDENT INTERGRUPO: VARIABLES DEPENDIENTES Y EDAD EN GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL INICIAL Y SEGUIMIENTO	124
TABLA 9.17. <i>t</i> DE STUDENT INTERGRUPO: VARIABLES DEPENDIENTES Y EDAD EN GRUPO CONTROL INICIAL Y SEGUIMIENTO.....	125
TABLA 9.18. MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS Y <i>t</i> DE STUDENT INTERGRUPO: VARIABLES DEPENDIENTES SEGÚN EL NÚMERO DE SESIONES EN LA SITUACIÓN PRETRATAMIENTO PARA EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL	125
TABLA 9.19. MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS Y <i>t</i> DE STUDENT INTERGRUPO: VARIABLES DEPENDIENTES SEGÚN EL NÚMERO DE SESIONES EN LA SITUACIÓN PRETRATAMIENTO PARA EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL	126
TABLA 9.20. MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS Y <i>t</i> DE STUDENT INTERGRUPO: VARIABLES DEPENDIENTES SEGÚN EL NÚMERO DE SESIONES EN LA SITUACIÓN POSTRATAMIENTO PARA EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL	126
TABLA 9.21. MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS Y <i>t</i> DE STUDENT INTERGRUPO: VARIABLES DEPENDIENTES SEGÚN EL NÚMERO DE SESIONES EN LA SITUACIÓN POSTRATAMIENTO PARA EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL	126
TABLA 9.22. ANOVA: VARIABLES DEPENDIENTES DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LAS SITUACIONES PRE Y POSTRATAMIENTO SEGÚN TERAPEUTA.	127
TABLA 9.23. ANOVA: VARIABLES DEPENDIENTES DEL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL EN LAS SITUACIONES PRE Y POSTRATAMIENTO SEGÚN TERAPEUTA	127

TABLA 9.24. <i>t</i> DE STUDENT Y ANOVA DE MEDIDAS REPETIDAS : VARIABLES DEPENDIENTES EN GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL	128
TABLA 9.25. <i>t</i> DE STUDENT, ANOVA DE MEDIDAS REPETIDAS Y PRUEBA DE WILCOXON : VARIABLES DEPENDIENTES EN GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL.....	129
TABLA 9.26. <i>t</i> DE STUDENT Y ANOVA DE MEDIDAS REPETIDAS : VARIABLES DEPENDIENTES EN GRUPO CONTROL	129
TABLA 9.27. TAMAÑOS DEL EFECTO Y POTENCIAS ESTADÍSTICAS PARA LAS VARIABLES DEPENDIENTES	149
TABLA 10.1. RESUMEN DE LOS CAMBIOS OCURRIDOS TRAS EL TRATAMIENTO Y AL CABO DE 6 MESES.....	165

AGRADECIMIENTOS

Me atrevo a suponer que la redacción de estas líneas es el momento más gratificante para cualquier doctorando, por lo que mi caso no va ser muy original. He soñado en varias ocasiones con este momento, agradecer a todas las personas que confiaron en este proyecto, y hoy, por fin, se hace realidad.

En primer lugar, quiero agradecer a mi directora de tesis, la doctora Cristina Larroy García, toda la ayuda prestada. Gracias, Cristina, por la supervisión en todos estos años.

Sin la colaboración de la Casa de la Mujer de Fuenlabrada, las Concejalías de la Mujer de los Ayuntamientos de Leganés y Collado-Villalba esta investigación no hubiera sido posible. Mi más sincero agradecimiento a estas instituciones públicas por haberse mostrado especialmente colaboradoras en el día a día de este programa, y sobre todo por brindar tanta ayuda a las mujeres.

Gracias a todas las psicólogas alumnas del Máster en Psicología Clínica y de la Salud que hicieron realidad el programa de intervención. Y especialmente, por la colaboración tras la aplicación del tratamiento, a las psicólogas Reyes García, Alicia Jiménez y Belén Martínez.

Agradezco de manera muy especial los consejos, la ayuda incondicional y la profesionalidad de la doctora Sonia Panadero. Gracias, Sonia, siempre has buscado tiempo para escucharme, para aconsejarme y para animarme a seguir adelante con la tesis, y por encima de todo, gracias por ser mi amiga.

A la doctora Paulina Rincón, que a pesar de estar a cientos de kilómetros, siempre la sentí a mi lado. Gracias, Pauly, tu ayuda, y tus ánimos han sido muy importantes, y te digo lo mismo que a Sonia, muchas gracias porque además eres mi amiga.

El asesoramiento del Doctor Jesús Sanz en la metodología de la tesis ha sido esencial. Gracias, Jesús, por mostrarte tan colaborador con este proyecto y por estar disponible siempre que te lo he pedido.

Como en cualquier aspecto de la vida, la amistad ha sido una parte muy importante para la realización de este trabajo. Quiero dar las gracias a Patricia Navarro y a Rebeca Ortega por animarme en los días de bajón, por ofrecerme

ayuda cada vez me encontraba muy cansada y porque se mostraron tan optimistas con la finalización de la tesis. Simplemente, muchísimas gracias a las dos.

Tengo que agradecer el apoyo y los ánimos de mis hermanos Juani y Angel Pedro Gutiérrez, y de mi padre, Angel Gutiérrez, porque ellos han sido un soporte muy importante en este viaje.

Gracias a Juana María Gómez- Calcerrada he presenciado el día a día de un nuevo proceso en la vida de la mujer, la menopausia. Ella me ha transmitido lo importante de cada etapa femenina. Todos estamos aquí por vosotras, y sin vosotras el entendimiento de cualquier factor relacionado con la menopausia no sería posible. Gracias por todo, mamá.

Y por supuesto, a todas las mujeres que han participado en este proyecto. Gracias por haberme confiado vuestros sentimientos, pensamientos e inquietudes acerca de este nuevo proceso en vuestras vidas.

Por último, quiero agradecer a Ricardo Ortega ser el pilar más importante para la realización de este trabajo. Gracias por creer en mi, y gracias por elegir ser mi compañero en todos los aspectos de mi vida. Sin tu ayuda ni siquiera hubiera empezado el largo camino del doctorado.

PARTE TEÓRICA

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida promedio de la población mundial ha aumentado alrededor de veinticinco años en las últimas décadas del siglo XX, apreciándose de forma más acusada en las mujeres. A principios del siglo XX la esperanza de vida de las mujeres se encontraba en torno a los cincuenta años, edad en la que suele instaurarse la menopausia, lo que suponía que existía un amplio número de mujeres que nunca vivenciarían el proceso menopáusico. Este hecho, aunado al carácter puramente femenino de este acontecimiento, se traduce en un tema considerado de poca relevancia para realizar investigaciones en aquella época. No es hasta finales del siglo XX cuando el climaterio empieza a suscitar el interés de científicos, y más concretamente, en estudios provenientes del ámbito psicológico (Strickland, 1992).

El envejecimiento de la población femenina no es el único factor responsable del incremento de mujeres en el período postmenopáusico, pues a esto hay que añadir el crecimiento en las últimas décadas de mujeres sometidas a un proceso de histerectomización. Por otro lado, el papel de la mujer ha ido adquiriendo mayor importancia en la sociedad, produciéndose una liberalización del sexo femenino, dando paso a una mujer más interesada en su salud física y psicológica, que demanda más información acerca de ella y de lo que acontece en este período de su vida.

En palabras de Fuchs (1979), “la mejor noticia acerca de la menopausia es que estamos en una época, ahora más que nunca en la historia, en la que la mujer vive lo suficiente como para experimentarla...”.

La menopausia es un fenómeno colectivo, por el que todas las mujeres han de pasar, pero, desafortunadamente, ha sido centro de mitos y falsedades, que en definitiva, han perjudicado a las más interesadas.

1. EL CONCEPTO DE MENOPAUSIA Y CLIMATERIO

1.1. DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE MENOPAUSIA

La menopausia se define como el cese permanente de las menstruaciones debido al agotamiento de la actividad folicular ovárica (Sánchez-Cánovas, 1996). Por lo general, suele instaurarse entre los 45 y 55 años. La edad media de aparición de la menopausia, en el mundo, es de 50 años, aunque existen grandes diferencias entre los países industrializados y los países en desarrollo. En España, la media se sitúa en torno a los 48 (OMS, 1996).

Se considera menopausia precoz cuando aparece antes de los 40 años y menopausia artificial a la inducida por medios quirúrgicos, como la extirpación de ambos ovarios, la radioterapia o la quimioterapia.

En las últimas décadas, el fenómeno de la menopausia ha suscitado el interés en diversos ámbitos, entre otros motivos, por el aumento progresivo de la esperanza de vida, desde la segunda mitad del siglo XX, especialmente en las mujeres (ver figuras 1.1 y 1.2).

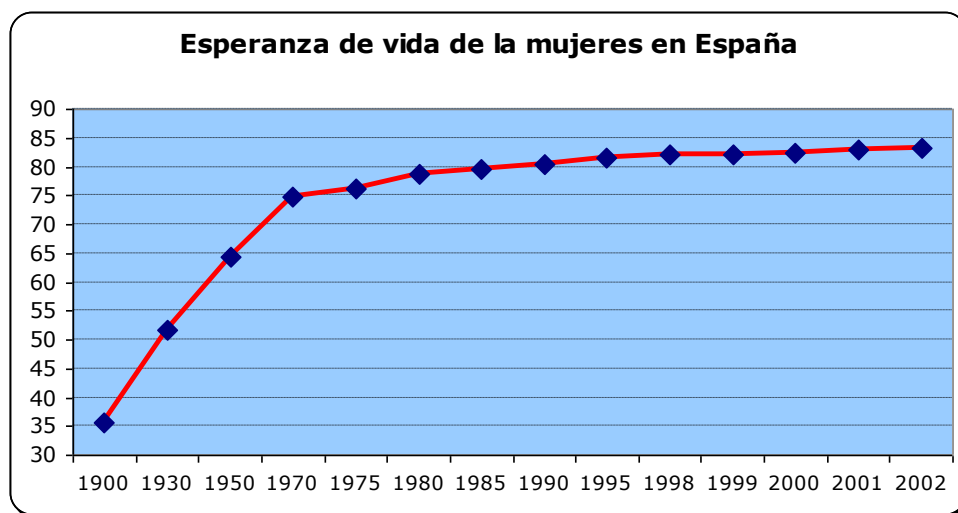


FIGURA 1.1. ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO DE LAS MUJERES EN ESPAÑA (FUENTE I.N.E.)

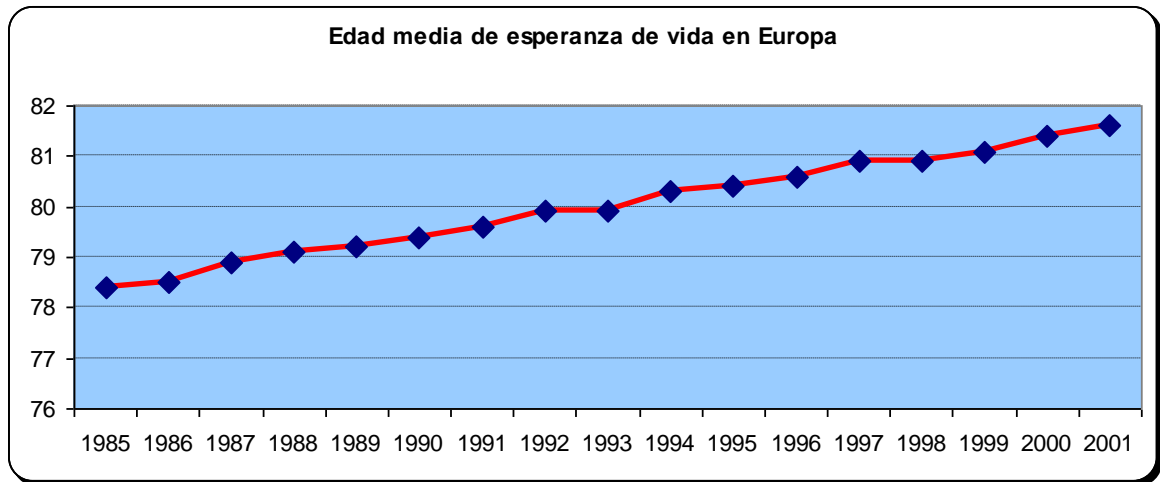


FIGURA 1.2. ESPERANZA DE VIDA MEDIA AL NACIMIENTO DE LAS MUJERES EN EUROPA (FUENTE I.N.E.)

La esperanza de vida de las mujeres al nacer varía mucho de unos países a otros, pero a partir de los 50 años es muy parecida (OMS, 1996) (Ver tabla 1.1.)

Tabla 1.1. Esperanza de vida al nacer y a los 50 años de edad para países escogidos (datos correspondientes a los años setenta y ochenta) (OMS, 1996)

País y año	Esperanza de vida (en años)	
	Al nacer	A los 50 años
Argentina, 1975-1980	72,1	28,4
Canadá, 1980-1982	79,0	31,5
Francia, 1980-1982	78,4	31,1
Irán (Republica Islámica del), 1972	55,6	22,5
Japón, 1984	80,2	32,0
Mali, 1976	49,7	27,0
México, 1975-1980	66,3	27,0

En 1990 se estimó que había en el mundo aproximadamente 467 millones de mujeres de más de 50 años y es de suponer que para el 2030 la cifra aumente a 1200 millones (Banco Mundial, 1993).

Las mujeres postmenopáusicas constituyen una porción relativamente pequeña de la población en los países en desarrollo (5% -8%), mientras que en los países industrializados representan más del 15% del total de la población. La edad media de las mujeres en etapa postmenopáusica, en el mundo, se encuentra en torno a los 62 años. Se estima que para el 2030 esta media habrá aumentado a 64 años en los países en desarrollo y en 68 en los países desarrollados (OMS, 1996).

Según la OMS (1996) los grupos de enfermedades más probables en las mujeres en período perimenopáusico y postmenopáusico son los cardiovasculares y las neoplasias malignas. Antes de la llegada de la menopausia, las mujeres están protegidas por sus hormonas esteroides de las enfermedades cardiovasculares. Así, en los países desarrollados las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular son más bajas en las mujeres que en los hombres, pero en la mediana edad esa ventaja de las mujeres disminuye, equiparándose en ambos sexos la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular en torno a los 75 años.

1.1.1. MENOPAUSIA PRECOZ

Se produce cuando una mujer sufre la retirada de la menstruación antes de los 40 años, debido a que sus ovarios dejan de funcionar de manera prematura. Para confirmar la existencia de una menopausia precoz deben realizarse una serie de determinaciones hormonales en sangre.

Existen diferentes causas que pueden conllevar la aparición de una menopausia precoz (Palacios, 1992):

1. Antecedentes familiares.

Es frecuente encontrar diferentes casos de mujeres con menopausia precoz en una misma familia.

2. Como consecuencia de una cirugía (doble anexectomía) o a radiaciones.

Esta causa de aparición de menopausia precoz se explica de forma más detallada en el apartado 1.1.2.

3. Por anomalías genéticas u ováricas.

Como consecuencia de una malformación congénita en el ovario, se puede producir alteraciones en el equilibrio hormonal y, por tanto, la aparición de una menopausia prematura.

4. Otras causas, como pueden ser: infecciones, tumores, etc.

De entre todos los factores estudiados que puedan influir en la edad de aparición de la menopausia sólo los siguientes se relacionan de forma clara (Palacios, 1992; OMS, 1996; Lawlor, Ebrahim y Smith, 2003):

1. Antecedentes familiares:

Como se ha explicado anteriormente, los factores genéticos representan un importante papel en la edad de aparición de la menopausia, determinando entre otras cuestiones el número de óvulos con los que nace una mujer. A diferencia del sexo masculino, la mujer nace con un número determinado de óvulos, los cuales se van gastando de forma progresiva en el período fértil hasta desaparecer en la menopausia.

2. El tabaquismo:

Los ovarios de las mujeres muy fumadoras pierden la funcionalidad antes. El tabaco en una cantidad superior a 10 cigarros por día tiene un efecto antiestrogénico, aumentando con ello el riesgo de aparición anticipada de trastornos vinculados a la pérdida de estrógenos en sangre, principalmente, osteoporosis y cardiopatía isquémica, sin olvidar los relacionados directamente como consecuencia del propio hábito, es decir, las enfermedades pulmonares (bronquitis, cáncer de pulmón, etc.) (Fernández y cols., 2000).

3. La nuliparidad

Existe una tendencia a un aumento de la edad de aparición de la menopausia a medida que aumenta el número de embarazos y partos.

4. Bajo nivel socioeconómico:

Las circunstancias adversas de la niñez y de la adultez parecen asociarse a la aparición en edad más temprana de la menopausia. Aunque las carencias en la edad infantil estén más lejanas en el tiempo, éstas también pueden asociarse con una edad de aparición de la menopausia más temprana, puesto que la dieta de la infancia influye en el crecimiento lineal y tasa de declinación de los folículos ováricos.

Según diferentes estudios (OMS, 1996) sobre la edad de aparición de la menopausia se han obtenido las siguientes conclusiones:

- Las mujeres con ciclo medio de menos de 26 días de duración, llegan a la menopausia antes que las que tienen ciclo más largos
- Con probabilidad, la edad de aparición de la menopausia será un potente indicador biológico del envejecimiento, así, una menopausia tardía se puede asociar a una mayor longevidad.
- Según la mayoría de los informes, las mujeres de los países en desarrollo presentan una menarquia en una edad más tardía y son más jóvenes en la menopausia que las mujeres de los países industrializados.

A causa de la desaparición prematura, y en muchas ocasiones brusca, de las hormonas ováricas, estrógenos principalmente, los síntomas menopáusicos pueden aparecer de forma más acusada. Por otro lado, las mujeres que experimentan una menopausia precoz, estarán más años sin protección hormonal, por lo que el riesgo de padecer las consecuencias de la pérdida estrogénica a medio y largo plazo será mayor (Cano, 1996; Palacios y Menéndez, 1998).

Frecuentemente los especialistas recomiendan la terapia hormonal sustitutiva, con el fin de evitar un envejecimiento prematuro en estas mujeres que han experimentado una menopausia precoz.

1.1.2. MENOPAUSIA QUIRÚRGICA

La menopausia quirúrgica es la que se produce cuando a una mujer se le extirpan los dos ovarios, es decir, doble anexectomía. (Ver figura 1.2.)

Hasta hace muy pocos años, cuando una mujer padecía de alguna anomalía en su sistema reproductor, como pudieran ser miomas uterinos, que requieren de tratamiento quirúrgico, como norma general los especialistas practicaban la extirpación tanto del útero como de ambos ovarios (histerectomía más doble anexectomía), sin tener en cuenta la edad de la mujer.

Como consecuencia de esta norma quirúrgica, se ha aumentado en los últimos años el número de casos de mujeres de entre los 40 y 45 años con una menopausia precoz (OMS, 1996).

En la actualidad, los especialistas clínicos adoptan una nueva postura, intentando conservar los ovarios en los casos que sea posible, como en los casos de patología uterina, practicando una histerectomía o intentar mantener un ovario (anexectomía simple) (Palacios y Menéndez, 1998). Sobre todo, en aquellas mujeres con varios años por delante antes de

producirse una menopausia de forma natural. De esta forma se evitarán las consecuencias de una menopausia prematura, comentadas en el apartado anterior.

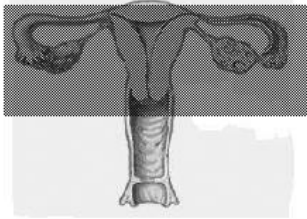
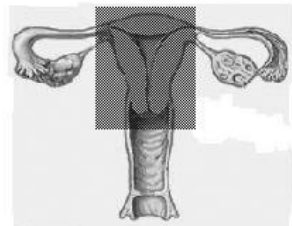
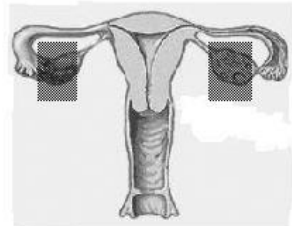
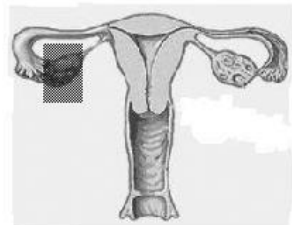
TIPO DE INTERVENCIÓN		CONSECUENCIAS
HISTERECTOMÍA CON DOBLE ANEXECTOMÍA Extirpación del útero y los dos ovarios		<ul style="list-style-type: none"> •Menopausia quirúrgica •No sangrado mensual tras el tratamiento hormonal sustitutivo •No embarazo
HISTERECTOMÍA Extirpación del útero		<ul style="list-style-type: none"> •No menopausia •No sangrado mensual •No embarazo
DOBLE ANEXECTOMÍA Extirpación de los dos ovarios		<ul style="list-style-type: none"> •Menopausia quirúrgica •Sí sangrado mensual tras el tratamiento hormonal sustitutivo •No embarazo
ANEXECTOMÍA SIMPLE Extirpación de un ovario		<ul style="list-style-type: none"> •No menopausia • Riesgo de embarazo

FIGURA 1.3. TIPOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SOBRE EL ÚTERO Y OVARIOS (PALACIOS Y MENÉNDEZ, 1998)

1.2. DEFINICIÓN DE CLIMATERIO

Climaterio y menopausia son conceptos íntimamente relacionados, así los diferentes estudios y en este trabajo en cuestión, se hace alusión constantemente a ambos conceptos para definir un mismo proceso, aunque no hacen referencia exactamente a lo mismo, y es conveniente establecer diferencias.

El climaterio es la fase del proceso de envejecimiento de la mujer de límites imprecisos, que incluye tres períodos. El primero de ellos es el premenopáusico y comprende de uno a ocho años antes de producirse la menopausia. En este período empiezan a aparecer una serie de cambios graduales en el sistema endocrino, así como manifestaciones clínicas indicativas de que se aproxima la menopausia (se describirán más detalladamente en el capítulo 2). El segundo período es el de la menopausia, tras haberse producido un año de amenorrea. Y por último, la etapa postmenopáusica va comprendida desde la menopausia confirmada hasta la senectud (Marín, 1996).

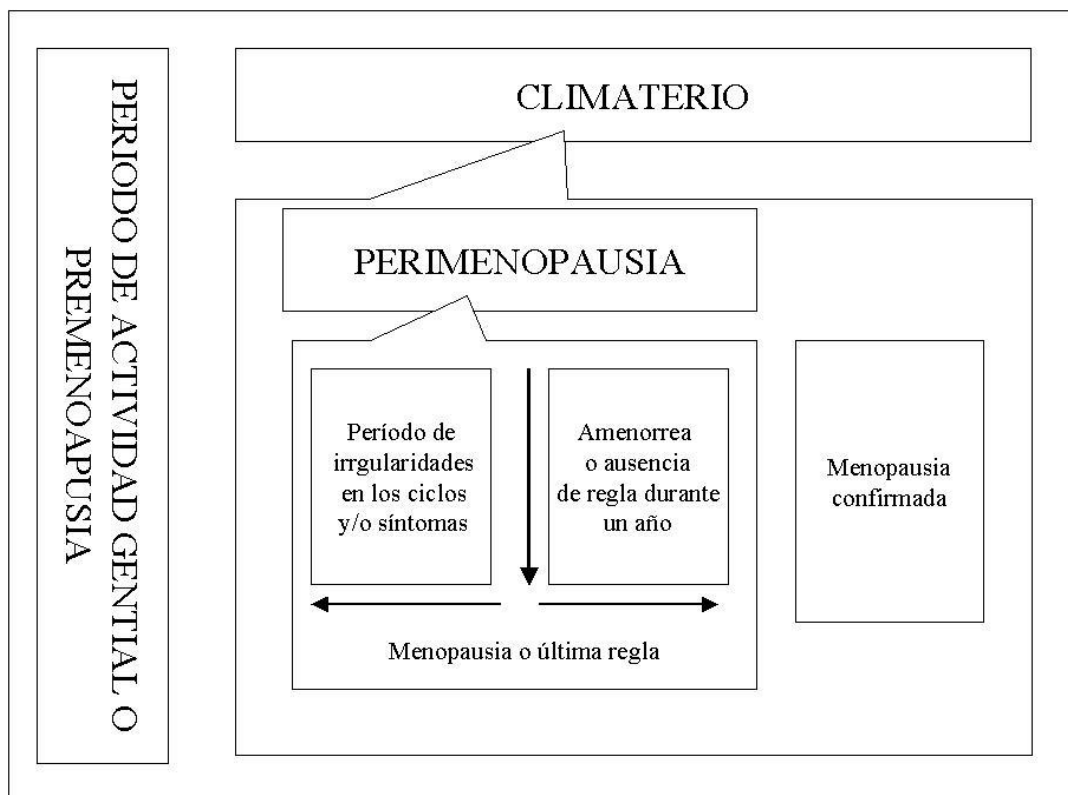


FIGURA 1.4. DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE CLIMATERIO (PALACIOS Y MENÉNDEZ, 1998)

En este sentido, en muchas ocasiones se está utilizando incorrectamente el término menopausia, haciendo alusión al periodo en el que se hacen de forma manifiesta los cambios que rodean a la menopausia confirmada.

El climaterio es la época de la vida de la mujer en que se produce la transición entre el período reproductor y el período no reproductor. En el climaterio el organismo de la mujer se adapta a una nueva situación que supone la pérdida de la capacidad reproductiva.

Palacios y Menéndez (1998) ofrecen otra definición de climaterio similar a la de Marín (1996) con la salvedad de que los primeros hablan de fase perimenopáusica al período de meses o años que precede al cese definitivo de la regla.

En el climaterio se producen una serie de cambios fisiológicos debidos en parte al reajuste hormonal y modificaciones endocrinas y metabólicas que aparecen como consecuencia de la menopausia, pero también están ligados al proceso de envejecimiento que se produce en la población en general.

Dennerstein y cols. (2003) realizaron un estudio longitudinal de ocho años en una muestra de mujeres de mediana edad para investigar el papel de la transición a la menopausia sobre la salud autopercebida. Se evaluaron a 262 mujeres en Melbourne. Se encontró un ligero descenso en la percepción de la salud pero sin ningún efecto significativo tras la transición de la menopausia.

Los factores psicológicos, sociales (Matthews, 1990), familiares (Hunter, 1993a) y hábitos de vida (Sánchez-Cánovas y cols., 1995) también son responsables de estos cambios en el período climatérico.

Una vez aclarados ambos conceptos, cabe destacar que con el uso del término menopausia se ha consagrado como concepto para hacer referencia a este período de la vida de la mujer.

1.3. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE MENOPAUSIA

A lo largo de la historia la sociedad ha establecido una estrecha relación entre el sexo femenino y el concepto de “*alteración emocional*” (Heredia, 2003). Estas atribuciones han estado centradas particularmente con el sistema reproductivo de la mujer, y de forma especial en los siguientes acontecimientos de la vida femenina: la menstruación, el embarazo, el parto y la

menopausia. Por tanto, es de esperar que la interpretación de la menopausia se haya visto influida por el género, por los estereotipos sociales y étnicos (Marín, 1996) y por vinculaciones con trastornos psíquicos (Delanoë, 2002).

En el siglo XIX Kraepelin creó la primera entidad nosológica de la menopausia, *la melancolía involutiva*, así, con la llegada de la menopausia las mujeres perdían su función primaria reproductiva, su atractivo físico y su principal rol vocacional como madres (Delanoë, 2002). *La melancolía involutiva* se trataba de una de las cinco variedades principales de la depresión, siendo las otras cuatro la depresión de la psicosis maníaco-depresiva denominada endógena, la depresión neurótica, las depresiones sintomáticas de otra afección y la personalidad patológica depresiva. Posteriormente el propio Kraepelin cambió de opinión en cuanto a la autonomía de la enfermedad de la melancolía involutiva, considerando que los problemas que aparecen en las mujeres después de los 45 años procedían de problemas afectivos relacionados con la edad.

Con la llegada del psicoanálisis surgieron términos relacionados con la menopausia como “*crisis de la mediana edad*” y “*síndrome del nido vacío*”, estableciendo una clara relación entre menopausia y depresión (Delanoë, 2002).

El concepto de *melancolía involutiva* fue adoptado de nuevo por la psiquiatría francesa y de Estados Unidos y permaneció sin ningún tipo de cambio hasta la segunda mitad del siglo XX. En palabras de Henry Ey (1989), importante psiquiatra francés, “la fase más patógena para la vida mental es la pre-senectud. Es decir, en la edad de la jubilación o el retiro, o en el caso específico de las mujeres, en la menopausia”. En el primer manual de Ey en 1960 (Delanoë, 2002) se recogen cuatro factores causantes de los problemas de la menopausia: el desequilibrio endocrino, el deterioro general del organismo y el psiquismo, el modo propio de cada mujer de reaccionar ante su nueva situación y, finalmente, el contexto.

La OMS en 1975 (OMS, 1975) suprimió el concepto de depresión involutiva como categoría autónoma en la Clasificación Internacional de Enfermedades, concluyendo que la depresión clásica de la menopausia nunca había sido demostrada en los trabajos epidemiológicos.

Un estudio prospectivo realizado por McKinlay y McKinlay (1989) demostró que la menopausia no se acompaña de problemas psiquiátricos, salvo en las mujeres que ya habían manifestado este tipo de alteraciones con anterioridad al proceso menopáusico. En la misma línea, Ballinger (1990), psiquiatra autor de varios estudios acerca de la menopausia, concluye

que los cambios hormonales en la menopausia tienen poca influencia en la salud mental. Este autor afirma que en la cultura occidental persisten prejuicios negativos sobre la menopausia y la convicción de que ésta puede suponer el inicio de un deterioro del bienestar psíquico y atribuye la persistencia de este mito a la influencia que ejercen sobre la población los medios de comunicación masivos y a la promoción de la venta de estrógenos.

Las diferentes culturas han definido y asumido la menopausia de forma diversa generando todo tipo de creencias y mitos (Marín, 1996). Por ejemplo, en algunas tribus de África se prohíben las relaciones sexuales tras la menopausia con el fin de evitar daños mortales para el hombre. Para la cultura musulmana la menopausia es sinónimo de imposibilidad de fecundación. Sin embargo, para otras culturas las mujeres en período postmenopáusico adquieren más dignidad y autonomía, así en la China actual la mujer menopáusica es muy considerada pues se evita el problema de la procreación, tan limitado en este país.

En la actualidad el abordaje de la menopausia parte del concepto de salud y no del concepto de enfermedad. Dickson (1993) postula un nuevo modelo científico para abordar esta etapa de la mujer, considerando que “la menopausia es una transición fisiológica que experimentan todas las mujeres” existiendo gran idiosincrasia en esta transición. En este modelo se asume lo siguiente:

- Esta experiencia no es suficientemente conocida, y la investigación clínica y epidemiológica debe profundizar en este proceso y corregir los sesgos de los estudios previos.
- Algunas mujeres pueden experimentar cambios fisiológicos problemáticos que impiden mantener el estilo de vida deseado y puede amenazar su salud.
- La respuesta de la mujer a esta transición es compleja e incluye no sólo dimensiones biológicas, sino también sociales, históricas, culturales, políticas y económicas. Por ello cualquier investigación debe tener en cuenta todas estas dimensiones.

La OMS (1981) establece que la mayoría de los problemas de salud que acontecen en el período perimenopáusico se derivan de factores sociales, más que de factores realmente patológicos, dependiendo fundamentalmente de la actitud de cada sociedad ante el proceso de envejecimiento, principalmente en el sexo femenino.

Por todo lo comentado hasta ahora, y debido a la evolución que ha experimentado el concepto e interpretación de la menopausia a lo largo de la historia y a través de las diferentes culturas, se han ido generando varias falacias o creencias erróneas en torno a este período de la vida de las mujeres. Sánchez-Cánovas (1996) enumera y aclara algunas de ellas:

- La mujer es lo que es su biología y está determinada por ella:

El error de esta afirmación es que se equipara heredable con inevitable, sin tener en cuenta los factores de aprendizaje, culturales y sociales.

- La menopausia es una desviación de la verdadera feminidad. La mujer menopáusica no es una mujer completa:

En ambas creencias se está definiendo erróneamente a la mujer por sus hormonas o capacidad reproductora y se establece que la verdadera feminidad o lo que se entiende por *sexo femenino* es la juventud de una mujer. Es decir, el estereotipo de mujer es una mujer joven y en edad fértil.

- La menopausia supone una pérdida del estado de salud. Todas las mujeres menopáusicas precisan de diagnóstico y tratamiento:

Ambas falacias comparten la idea errónea de asumir enfermedad en la menopausia y de hablar de mujer como organismo endocrinopatológico.

- La menopausia se reduce a cambios hormonales:

Su principal error es obviar el resto de los fenómenos familiares, sociales y culturales que acontecen en esta etapa, y que están estrechamente vinculados al contexto en el que vive cada mujer. Esto determinará que la experiencia de la menopausia sea diferente en cada mujer.

De todas estas falacias o creencias erróneas se puede concluir que se han ido adquiriendo, y, por tanto, desarrollando, interpretaciones y actitudes en torno al proceso de la menopausia un tanto alejadas de la realidad, en cuanto a:

- ✓ La utilización de un reduccionismo biológico para definir el proceso menopáusico.
- ✓ La supuesta desviación de la verdadera feminidad con la llegada de la menopausia como consecuencia de la pérdida de la fertilidad.

- ✓ La equiparación del reajuste hormonal con enfermedad (física o psíquica), y, por tanto, necesidad obligatoria de tratamiento.

Se hace necesario un lenguaje más riguroso que el empleado desde la segunda mitad del siglo XX hasta las últimas décadas, aportando una visión más positiva eliminando estereotipos de sexo y género. Sánchez-Cánovas (1996) recoge algunas propuestas:

- *Disminución gradual de estrógenos **versus** Déficit de estrógenos*
- *Cambio de función de los ovarios, evolución de los ovarios, proceso ginecológico de los ovarios **versus** Disfunción ovárica*
- *Reajuste del equilibrio hormonal **versus** Desequilibrio hormonal*
- *Remodelación hormonal **versus** Deficiencia hormonal*
- *La menopausia, logro de la madurez **versus** La menopausia, pérdida de la juventud*
- *Cambios fisiológicos y psicológicos **versus** Síntomas de la menopausia*
- *Reducción del tamaño de la vagina **versus** Atrofia vaginal*

La menopausia es un hecho indudablemente biológico, pero no se puede reducir a las mujeres a sus hormonas o capacidad reproductora. En este período de la vida de las mujeres ocurren muchos fenómenos fisiológicos y psicológicos no específicos de la menopausia, pudiendo ser consecuencia del propio envejecimiento o acontecimientos sociales (Sánchez-Cánovas, 1996).

Es importante abarcar el concepto de la menopausia desde los tres principales factores que la influyen, y éstos son: aspectos sociales, familiares y fisiológicos (Sánchez-Cánovas, 1996). (Ver figura 1.5.)

El término menopausia ha sido utilizado por la sociedad en multitud de ocasiones en forma despectiva (“esta mujer está menopáusica”), o como sinónimo de enfermedad (endocrinopatía), debido, principalmente, a las falsas creencias que giran en torno al proceso menopáusico, comentadas anteriormente. Por lo que la llegada de la menopausia puede llegar a convertirse en algo verdaderamente estresante para las mujeres.

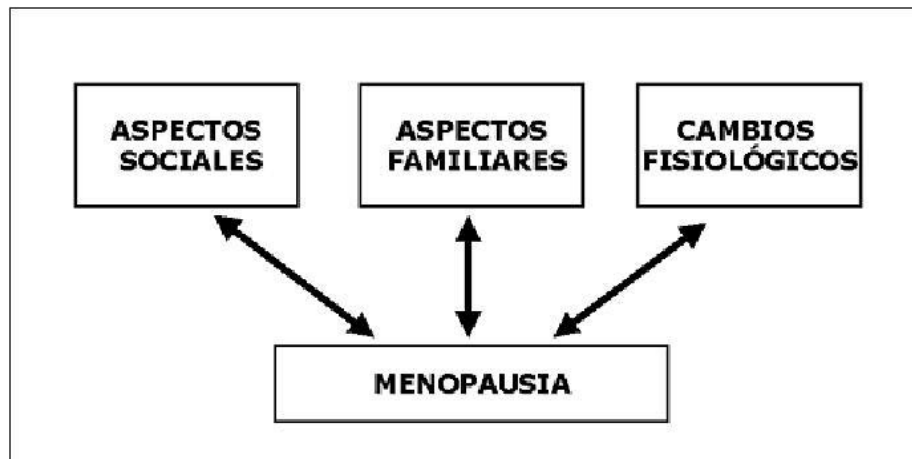


FIGURA 1.5. CONCEPTO DE MENOPAUSIA (SÁNCHEZ-CÁNOVAS, 1996)

Gannon and Steven (1998) realizaron un estudio que tenía como objetivo conocer la imagen que se tiene o que se ofrece de la menopausia en la mayoría de los medios de comunicación y publicaciones desde 1983. Se obtuvo como resultado que, casi de forma exclusiva, se ofrecía una imagen de la menopausia como sinónimo de enfermedad o deterioro y como una condición que debe ser tratada mediante fármacos. Estos resultados tienen como implicaciones la generación de actitudes en las mujeres y expectativas negativas de algo inevitable, que será la experiencia traumática de la menopausia. Además, se está ignorando la importancia de otros factores como la dieta, estrés, pobreza, discriminación racial, acceso a cuidados médicos, ejercicio físico, y otros muchos, que cada vez son más importantes en el mantenimiento de un buen funcionamiento vital. Las mujeres están siendo privadas de una información más optimista asociada a los beneficios que puede suponer el final de la capacidad reproductora y el proceso del envejecimiento.

De forma similar Delanoë, (2002) realizó una investigación en Francia donde se entrevistó a una muestra compuesta por 2700 hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 45 y 60 años, con el fin de conocer cómo era percibida la menopausia por mujeres y hombres. Curiosamente, la menopausia era percibida mayoritariamente por las mujeres como experiencia neutra o positiva (60%), opinión contraria a la de muchos especialistas. Por el contrario, la mayoría de los hombres (78%) pensaban que la menopausia era una experiencia negativa para ellas y que normalmente venía acompañada de problemas psíquicos.

Recientemente, Khademi y Cooke (2003) evaluaron las actitudes hacia la menopausia en mujeres en ambiente rural y urbano en Irán. Las zonas urbanas de este país tienen mucha influencia occidental. Planteaban como hipótesis que el ambiente urbano era más perjudicial

debido al culto a la juventud. En contraste con esta idea se encontró que se presentaban más actitudes negativas hacia la menopausia en ambientes rurales por la excesiva importancia a la etapa fértil de las mujeres.

Los aspectos familiares tienen un papel muy importante en la experiencia de la menopausia, pues hasta hace muy pocos años las mujeres han sido educadas para llevar la carga de una familia, por lo que es lógico que en este ciclo de sus vidas, las mujeres estén totalmente volcadas en sus familiares (padres, hijos, parejas y, en algunas ocasiones, nietos).

Por supuesto, no debemos olvidar los cambios que se producen a nivel fisiológico con la llegada de la menopausia, pero estos factores se desarrollarán mas detenidamente en el capítulo 2.

En resumen, en esta edad se dan en las mujeres una serie de acontecimientos vitales importantes (preocupación por el atractivo físico, problemas de sueño, cuidado de padres y nietos, riñas con la pareja, emancipación de los hijos, problemas de índole sexual, etc.) que, como consecuencia, en algunas mujeres puede provocar una disminución en el bienestar y calidad de vida, conduciendo a estados depresivos y/o de ansiedad, que al relacionarse con los problemas físicos que aparecen asimismo en este período (trastornos cardiovasculares, aparición de varices, osteoporosis, sequedad vaginal, sofocos, etc.) pueden provocar una valoración negativa de la experiencia de la menopausia. Por este motivo, para prevenir o tratar patologías, mejorar la salud y calidad de vida en esta etapa, el tema ha de tratarse desde una visión integral de todos los factores que se incluyen en el mismo.

2. FISIOLÓGÍA DE LA MENOPAUSIA

El fenómeno fisiológico de la menopausia se traduce en una insuficiencia en la secreción cíclica mensual de los ovarios (Romeu y Julia, 1996). Para entender la fisiología de la menopausia es necesario explicar brevemente el ciclo menstrual y la función del ovario.

El ovario produce una serie de hormonas desde la pubertad hasta la menopausia (estrógenos, progesterona y testosterona en pequeñas cantidades), que al actuar sobre diversos órganos, darán lugar al ciclo menstrual. Como resultado de esto se produce mensualmente la liberación de un óvulo fecundable, y si éste no es fecundado se producirá la menstruación.

Las hormonas ováricas provocan una serie de estímulos que llegan al sistema nervioso central donde tras su integración se emite unas señales periódicas a la hipófisis. Ésta responde con la liberación cíclica de gonadotrofinas (GnRH), entre ellas la llamada “hormona estimuladora del folículo”, conocida como FSH y la hormona luteinizante (LH). Ambas hormonas controlan directamente el crecimiento y desarrollo del folículo ovárico. Cuando se produce un aumento en sangre de estrógenos hasta una cifra conocida como “pico” provoca una señal en el hipotálamo informando de que el óvulo ya está preparado para la siguiente fase. La GnRH hipotalámica transfiere dicha información a la hipófisis para que produzca LH, finalizando así la etapa de maduración del óvulo, promoviendo la rotura folicular y la salida de éste. En este mismo momento se está produciendo el cuerpo lúteo (folículo sin huevo). A partir de ese momento el cuerpo lúteo asume la producción de estrógenos y progesterona durante unos 14 días. Durante estos días los niveles de estas hormonas van disminuyendo provocando la menstruación que es la respuesta de la capa interna del útero (Palacios, 1992, OMS, 1996) (Ver gráfico 2.1).

A medida que van pasando los años, el ovario de una mujer almacena menor número de óvulos y de forma paralela disminuye la producción de hormonas (estrógenos y progesterona). Así en torno a los 50 años la producción hormonal del ovario es tan baja que ya no puede seguir estimulando al endometrio, por tanto, desaparece la menstruación, dando paso a la menopausia.

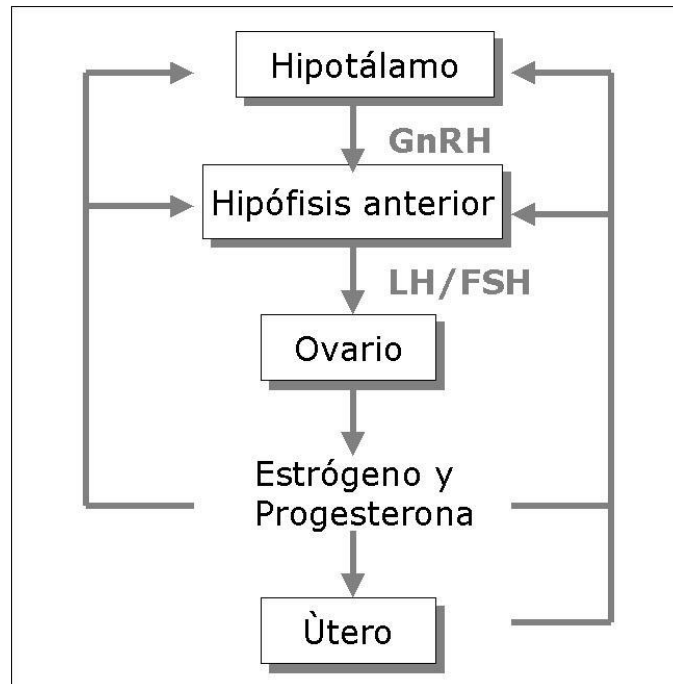


FIGURA 2.1. ESQUEMA DEL CICLO MENSTRUAL

La disminución de estrógenos, en sangre produce una serie de modificaciones en todo el organismo, teniendo repercusiones a distintos niveles (Romeu y Juliá, 1996; Carnicer, Castro y Paublete, 2002):

- Puesto que existen receptores específicos de estrógenos en el sistema nervioso central se sospecha que la falta de éstos puede provocar alteraciones nerviosas y comportamentales durante la menopausia. Del mismo modo, tampoco se conoce el mecanismo exacto por el que la falta de estrógenos provoca modificaciones en la regulación de la temperatura corporal (sofocos), pero con probabilidad esté vinculado a acciones hipotalámicas del estradiol.
- Los estrógenos ejercen efectos beneficiosos sobre el aparato circulatorio a través de distintos mecanismos: sobre la musculatura cardíaca, sobre los vasos sanguíneos y sobre el mecanismo del colesterol. Tras la menopausia pueden aparecer alteraciones vinculadas al sistema circulatorio (por ejemplo: hipertensión o aumento de colesterol)
- El estradiol (un tipo de estrógeno) mejora la remodelación del esqueleto. El déficit estrogénico está relacionado con la reducción de la masa ósea calcificada pudiendo

desembocar en uno de los trastornos más prevalentes en las mujeres tras la menopausia, la osteoporosis.

- Los estrógenos estimulan la producción de colágeno a nivel de piel, mucosas y tejido conectivo. La falta de éstos contribuiría a una atrofia de los distintos órganos siendo especialmente importante a nivel de vulva y vagina.
- Las cápsulas suprarrenales producen un precursor del estrógeno que se convierte en éste en los tejidos grasos del cuerpo. Así, el aumento de peso en algunas mujeres durante la menopausia como consecuencia de la acumulación de células grasas favorecería el almacenamiento de estrógenos ante la pérdida de los mismos por la baja producción ovárica.

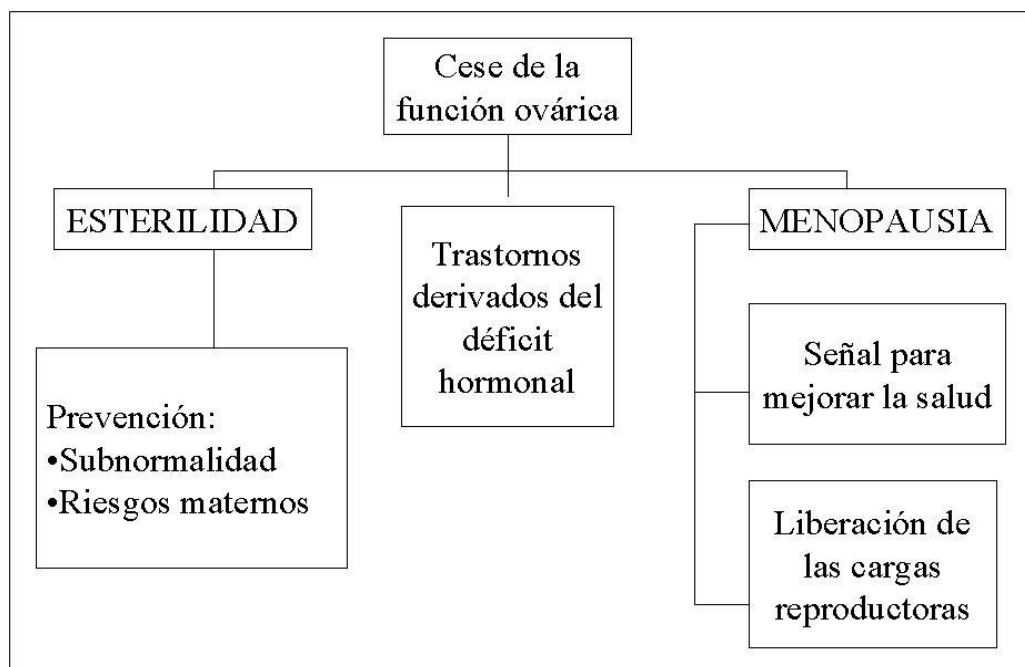


FIGURA 2.2. CONTROL DE LA FUNCIÓN DEL OVARIO (ROMEY Y JULIÁ, 1996)

2.1. FISIOLÓGÍA DURANTE LA ETAPA PERIMENOPÁUSICA

Entre los 40 y los 50 años la secreción cíclica mensual de los ovarios empieza a fallar generando un desequilibrio hormonal (entre los estrógenos y la progesterona) y alteraciones de la función ovulatoria (OMS, 1996).

La secreción de progesterona por el ovario empieza a disminuir y comienza a ser deficiente, pero los niveles de estrógenos se mantienen lo que genera un desequilibrio hormonal

a favor de los estrógenos, esto se conoce como *hiperestrogenismo relativo* (Palacios y Menéndez, 1998; Carnicer, Castro y Paublete, 2002).

En este período las mujeres pueden presentar ciclos menstruales normales seguidos de otros anormales o incluso pasar algunos meses sin la presencia de la menstruación. Este exceso relativo de estrógenos en sangre puede provocar diversos trastornos característicos de la etapa perimenopáusica.

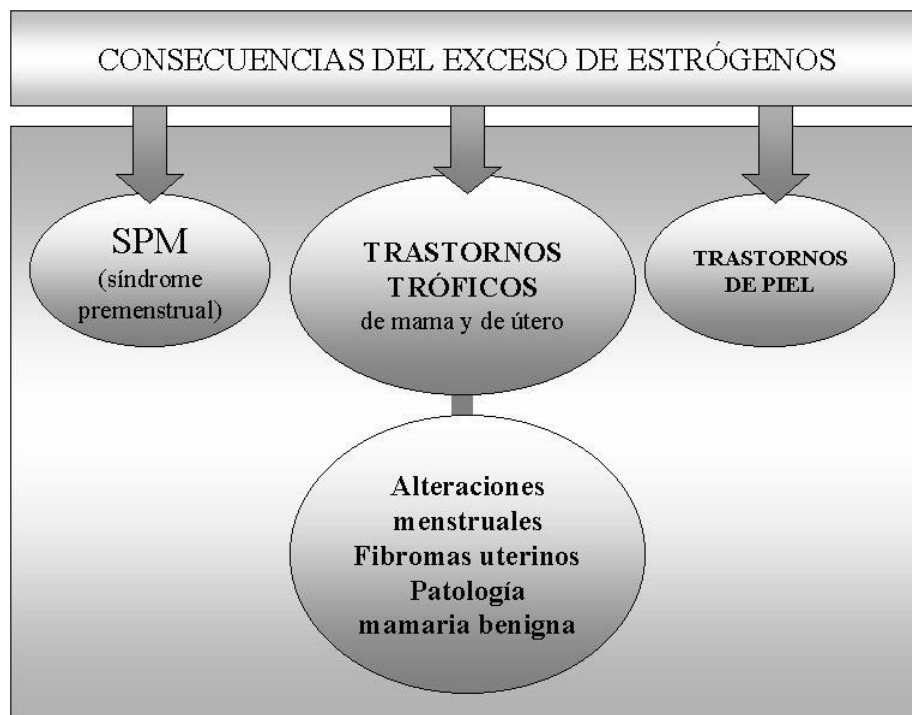


FIGURA 2.3. CONSECUENCIAS DEL HIPERESTROGENISMO RELATIVO EN LA PERIMENOPAUSIA (PALACIOS Y MENÉNDEZ, 1998)

Existe gran idiosincrasia en la etapa perimenopáusica de unas mujeres a otras, así habrá mujeres con alteraciones en sus ciclos desde los 40 años, y otras, por el contrario, mantendrán sus ciclos con normalidad hasta la menopausia confirmada. Si estas alteraciones en los ciclos menstruales se alargan durante varios meses, incluso años, pueden generar preocupación y angustia en las mujeres ante la sospecha de un embarazo (OMS, 1996).

En muchas ocasiones, debe corregirse este desequilibrio hormonal con el fin de evitar trastornos o patologías graves, como pudieran ser estados precancerosos, miomas uterinos y patologías benignas de la mama (Comino, 1990; Carnicer, Castro y Paublete, 2002).

2.1.1. SÍNDROME PREMENSTRUAL

No se conoce bien el motivo de agravamiento del síndrome premenstrual (SPM) en el período perimenopáusico, pero se asocia al desequilibrio hormonal, aunque se desconoce el mecanismo exacto, pudiendo estar relacionado con otros factores relacionados con esta etapa de la vida de la mujer, como pueden ser factores psicológicos, familiares o estilo de vida (Palacios y Menéndez, 1998).

El SPM se define como el conjunto de síntomas con cierto grado de severidad, que surge en el periodo premenstrual, desaparece con la regla y se repite en cada ciclo. El SPM debe reunir cinco condiciones básicas (Palacios, 1992):

1. Que curse por lo menos dos o más síntomas (físicos, psicológicos o de conducta)
2. Que esta sintomatología sea lo suficientemente severa como para que interfiera en el comportamiento y en la vida cotidiana de la mujer.
3. Que los síntomas estén presentes en el período premenstrual pero nunca antes de la ovulación.
4. Que dichos síntomas desaparezcan con la menstruación de modo que la mujer permanezca en el período del ciclo menstrual libre de quejas.
5. Que dicha sintomatología se repita en cada ciclo menstrual.

Es frecuente que las mujeres padezcan de algún síntoma premenstrual, se estima que alrededor del 80% de las mujeres en edad reproductiva, pero sólo un 30-40% son diagnosticadas con el SPM (Palacios y Menéndez, 1998). Aunque suele aparecer en cualquier época de la vida de una mujer fértil, suele ser más frecuente a partir de los 30 años.

2.1.2. TRASTORNOS DEL ÚTERO Y DE LA MAMA

Un exceso relativo de estrógenos y una disminución de progesterona puede determinar la aparición de alteraciones menstruales, fibromas o miomas uterinos y patologías benignas de la mama (Palacios y Menéndez, 1998; Carnicer y cols., 2002):

✓ Alteraciones menstruales:

En los años previos a la menopausia la mujer puede presentar alteraciones en sus ciclos menstruales, en su regularidad, cantidad, calidad y duración de los mismos.

✓ Fibromas o miomas uterinos:

Un mioma uterino es un tumor benigno desarrollado en el tejido muscular del útero. Es el trastorno más frecuente del aparato genital femenino, pues una de cada tres mujeres los presenta entre los 35 y 55 años, y el pico se encuentra entre los 40 y 45 años. Es más frecuente en mujeres que no han tenido ningún parto o infértiles.

Normalmente crecen de tamaño muy despacio y la sintomatología varía en función de su tamaño y localización. Generalmente, las mujeres que los padecen presentan menstruaciones excesivas, dolorosas y acompañadas de hinchazón abdominal, aunque algunas mujeres no presentan ningún tipo de molestia.

✓ Mastopatía fibroquística:

Se trata de la patología mamaria benigna más frecuente en las mujeres perimenopáusicas. Se caracteriza por la aparición de nódulos o quistes no cancerosos. Pueden ir acompañadas de dolor o aumento de sensibilidad.

Esta patología puede aparecer en cualquier edad de la etapa fértil de la mujer, pero suele ser más frecuente entre los treinta años y la aparición de la menopausia. No suele aparecer en mujeres después de la menopausia.

2.1.3. TRASTORNOS DE LA PIEL

La piel es un órgano importante para la acción de los estrógenos ya que contiene receptores para ellos y metaboliza activamente esas hormonas (Comino, 1990).

Los estrógenos aumentan el grosor de la piel y la mantienen húmeda y elástica. Por tanto, su ausencia aumenta la sequedad de la piel y facilita la aparición de arrugas. Estas consecuencias son más evidentes en aquellas mujeres con menopausia precoz (Carnicer, Castro y Paublete, 2002).

Por tanto, el déficit de estrógenos va a producir diversas alteraciones en la epidermis y dermis que junto a los cambios propios de la edad y agentes externos van a contribuir al envejecimiento cutáneo (Fernández y cols., 2000).

Si cabe, la consecuencia que genera la disminución de los estrógenos sobre la piel puede ser la manifestación con mayor impacto psicológico en la etapa perimenopáusica, puesto que es la más visible externamente.

La piel es la zona más expuesta a agentes externos, especialmente el sol, que ejercen un efecto acumulativo al descenso estrogénico, y a los propios de la edad. Las manchas en la piel que tanto alarman a las mujeres en esta etapa, puesto que existe un posible riesgo de cáncer, son debidas fundamentalmente a exposiciones inapropiadas al sol, más que a efectos de la menopausia (Comino, 1990).

CUADRO 2.1. CONSEJOS DEL INSTITUTO PALACIOS PARA LA PIEL (PALACIOS Y MENÉNDEZ, 1998)

-
- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Aceptar con tranquilidad la edad de la piel, pero cuidarla.</i>• <i>Beber mucho agua</i>• <i>Limitar las exposiciones al sol y utilizar cremas protectoras</i>• <i>Aplicar cremas hidratantes diariamente</i>• <i>Hacer ejercicios y masajes para aumentar el riego sanguíneo de la piel</i>• <i>Llevar una alimentación sana y equilibrada</i>• <i>Utilizar hormonas sustitutivas en la menopausia</i>• <i>En casos de duda, visitar a su dermatólogo para recibir explicaciones y posibles tratamientos específicos (ej. Ácido retinoico.)</i>• <i>En último caso, y si es necesario, utilizar la cirugía plástica.</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-

3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS EN LA MENOPAUSIA

Los síntomas de la menopausia han sido estudiados desde diferentes contextos y ámbitos, aunque sus resultados son coincidentes, en su mayor parte, al concluir que la sintomatología del climaterio debe separarse en dos grupos diferentes. Por un lado, estarían los síntomas primarios, incluyendo a los síntomas vasomotores (sofocos y sudores nocturnos), osteoporosis y atrofia vaginal. Por el otro, la fatiga, la depresión, la tensión, el insomnio, la irritabilidad, los dolores de cabeza y la ganancia de peso constituyen los síntomas secundarios. Estos últimos no parecen estar asociados a la menopausia sino a características psicológicas premenopáusicas, a los múltiples roles que en esta etapa las mujeres han de asumir, al conjunto de acontecimientos vitales que suceden en este período y a la edad. Por el contrario, los primarios sí parecen estar asociados a la menopausia, no guardando ninguna relación con características de personalidad o factores del estrés (Gannon, 1988).

Sin embargo, diversas investigaciones han encontrado una relación entre el estrés y la aparición de sofocos (Swartzman y Edelberg, 1983; Swartzman, Edelberg y Kerman, 1990). Gannon y cols. (1987) encontraron que la prevalencia de los sofocos aumentaba significativamente durante la realización de tareas estresantes. Por tanto, un síntoma físico característico de la menopausia, tan desagradable para las mujeres, podría ser susceptible de ser tratado mediante tratamiento cognitivo- conductual.

Neugarten y Kraines (1965) obtuvieron en su estudio que para las mujeres lo peor de la menopausia era el desconocimiento de esta etapa, concretamente, “no saber que les esperaba”. Por tanto, es fundamental ofrecer información de cara a cualquier intervención.

CUADRO 3.1. SÍNTOMAS Y SIGNOS DE SOSPECHA DE ESTAR EN EL CLIMATERIO-PERIMENOPAUSIA (PALACIOS Y MENÉNDEZ, 1998)

- *Atraso de reglas en mujeres de más de 50 años*
- *Aparición de sofocos*
- *Pocos estrógenos en sangre*
- *Citología con atrofia vaginal y ausencia de moco en el cuello del útero*
- *Mujer joven con ausencia de regla de más de un año*

Existen dos teorías para abordar el período menopáusico (Freixas, 1992), que no deberían encontrarse enfrentadas. Lo ideal sería la conjugación de ambas. Estas teorías son las siguientes:

A) La teoría Deprivativa, Biológica o del Déficit:

Según esta teoría todas las alteraciones que se puedan padecer en esta etapa de la vida de la mujer son consecuencia del déficit hormonal que se produce en la menopausia. Los autores o especialistas que defienden esta teoría plantean una visión bastante negativa de este período. Por tanto, consideran que todas las mujeres presentarán una época difícil, llena de problemas y necesitarán de medidas terapéuticas específicas.

Destacan principalmente los hechos negativos, como el comienzo del envejecimiento acompañado del deterioro físico y psíquico. Y en casos extremos, afirmaciones tales como que la menopausia supone la pérdida de seducción o feminidad.

Los defensores de esta teoría están obviando el resto de los factores que influyen en el conjunto de los cambios físicos y psíquicos que acontecen en este período.

B) La teoría positiva, Fisiológica y/o Sociocultural:

De forma opuesta a la anterior, desde esta visión se defiende que la menopausia es una etapa normal en la vida de la mujer, sin diferencia alguna al resto. Por lo que el organismo se adapta sin problema alguno a los cambios que acontecen en este período.

Potencia los hechos más positivos del climaterio como la imposibilidad de embarazo, o alcanzar la madurez psicológica y social.

Esta teoría minimiza los problemas o riesgos de salud en la etapa perimenopáusica y la idiosincrasia de esta experiencia en cada mujer.

Puesto que anteriormente se ha comentado que la cultura afecta a la interpretación que se haga de la menopausia, su sintomatología también puede estar relacionada con las diferencias culturales (Matthews, 1991). Así, en aquellas culturas donde la mujer madura es considerada importante por su experiencia y se encuentra perfectamente integrada dentro de su estatus social, apenas refiere sintomatología relacionada con la menopausia. Por el contrario, en las civilizaciones occidentales y los países más desarrollados, la belleza y la juventud son excesivamente valorados por la sociedad, por lo que la mujer madura atraviesa el período

climatérico con muchas más dificultades y con una mayor sintomatología. Pero también, en aquellas culturas donde el papel de la maternidad es fundamental para la mujer, la menopausia se vive también de una forma más dramática.

En los últimos años, se han realizado diversos estudios con la finalidad de constatar la existencia de influencias culturales y sociales en la sintomatología de la menopausia, y la mayor parte ellos verifican de manera clara esta influencia. Por tanto, la experiencia de la menopausia y la frecuencia e intensidad de su sintomatología será presumiblemente diferente en cada cultura o sociedad. A continuación, a modo de ejemplo, se mencionan varias investigaciones:

- a) Im (2003) realizó un trabajo en mujeres coreanas que habitaban en el sur de Corea y mujeres coreanas inmigrantes que residían en Estados Unidos, con el fin de encontrar una influencia cultural en la experiencia de los síntomas durante la menopausia. En este trabajo se obtuvo que las mujeres que habitaban en el sur de Corea reportaban más síntomas que las mujeres coreanas que residían en Estados Unidos. Este autor considera que las razones de estas diferencias se encuentren en la reciente importancia de la industria farmacéutica en Corea y su influencia en el trabajo en las mujeres coreanas.
- b) En esta misma línea, Fu, Anderson y Courtney (2003) diseñaron un trabajo con el objetivo de describir y explicar las experiencias de las mujeres menopáusicas de Asia y Occidente. Se evaluaron a 105 mujeres taiwanesas y 450 australianas, todas ellas con edades entre los 45 y 55 años. Se evaluó variables sociodemográficas, estatus menopáusico y actitudes hacia la menopausia, salud mental, vitalidad, funcionamiento social y síntomas. Las mujeres taiwanesas presentaban de forma significativa mejores actitudes hacia la menopausia, menos síntomas (frecuencia e intensidad) y mejor vitalidad en igualdad de condiciones en cuanto al funcionamiento social, salud mental y estatus menopáusico, que las mujeres australianas.
- c) Integrantes del mismo equipo que el anterior estudio (Anderson y cols., 2004) realizaron una investigación para explorar la calidad de vida de mujeres de mediana edad en Australia y en Japón y, a su vez, comparar los síntomas menopáusicos en ambos grupos de mujeres. La muestra total estaba compuesta por 712 mujeres de Australia y 1502 de Japón con edades comprendidas entre los 40 y 60 años. Los análisis del estudio mostraron que las mujeres australianas presentaban significativamente más síntomas psicológicos, como la ansiedad y

depresión, somáticos y vasomotores. Por tanto, la experiencia de la menopausia en mujeres australianas y japonesas es significativamente diferente.

- d) Aunque hay pocos trabajos epidemiológicos acerca de la sintomatología en la menopausia, los que se han realizado han demostrado una vez más la conexión de síntomas menopáusicos y factores socioculturales. Jokinen y cols. (2003) realizaron un estudio con la intención buscar una conexión entre la intensidad de los síntomas climatéricos y las variables sociodemográficas. Para ello, evaluaron a una muestra de 5510 mujeres finlandesas perimenopáusicas estableciendo dos grupos: “jóvenes” (entre 42 y 46 años) y “mayores” (52 y 56 años). Los resultados indicaron que únicamente el 5% de las mujeres del grupo de las mayores y el 36% de las mujeres del grupo de las jóvenes eran totalmente asintomáticas. Por otro lado, el 2% de las mujeres del grupo de jóvenes y el 11% de las mujeres del grupo de las mayores padecían síntomas severos. A su vez, encontraron que la intensidad de los síntomas para el grupo de las jóvenes está relacionado con el hecho de vivir en un ambiente rural, bajo nivel educacional y profesional, desempleo y bajas médicas. Mientras que para el grupo de las mayores el principal factor relacionado con la intensidad de los síntomas es la relación de pareja. Por último, encontraron que el 95% de las mujeres del grupo de las mayores y el 64% de las mujeres del grupo de las jóvenes padecían sintomatología climatérica estando en edad productiva, laboralmente hablando.
- e) Las conclusiones de un estudio cualitativo realizado en México a 20 mujeres de entre 45 y 65 años (Pelcastre-Villafuerte y cols., 2001) indican que las mujeres realizan representaciones sociales que se construyen alrededor de la menopausia en términos de cese de la fertilidad y entrada al envejecimiento. Las mujeres de este estudio presentaban una actitud pasiva hacia el evento menopáusico, reflejando en sus explicaciones con relación a la menopausia el punto de vista de sus médicos, por tanto, la información que proporcionan estos profesionales es asumida por las mujeres como única y verdadera, al tener esta figura un poder legitimado socialmente. Se considera un logro que las mujeres acudan a la consulta médica para solicitar ayuda, pero tan importante o más es la información proporcionada. Para estos autores la menopausia debe de ser considerada contextualmente y no sólo como algo orgánico, mejorando de este modo la atención a las mujeres y ofreciendo más posibilidades de intervención que la mera medicalización.

- f) Díaz (2002) afirma que hasta hace muy pocos años los profesionales de la salud y los medios de comunicación difundían permanentemente que la menopausia era un proceso patológico lleno de riesgos para las mujeres y, por tanto, susceptible de tratamiento. Esta autora indica que sólo existe la evidencia de que el descenso de estrógenos se asocia a síntomas vasomotores, atrofia urogenital y pérdida de masa ósea, y que el resto de los síntomas no son específicos de la menopausia estando más relacionados con factores psicológicos y socioculturales.
- g) Una vez constatadas la diferencias sintomatológicas de la menopausia en las diferentes culturas, Avis y cols. (2003) diseñaron un estudio para buscar una relación entre la calidad de vida, menopausia temprana y etnias. Para ello evaluaron a una muestra multiétnica de 3302 mujeres (negras, chinas, hispánicas, japonesas, y blancas), con edades comprendidas entre los 42 y 52 años. Los grupos étnicos no diferían en parámetros de salud, estilo de vida y factores psicosociales y sociodemográficos. Los resultados mostraron diferencias significativas en la calidad de vida en función de la etnia. Las mejores puntuaciones en calidad de vida las obtuvieron las mujeres asiáticas y las peores las mujeres hispánicas. En cambio, la llegada de una menopausia temprana no parecía afectar la vida de las mujeres.

La OMS (1981) estableció una serie de factores culturales y socioeconómicos que influyen de manera importante en la sintomatología menopáusica;

1. El significado que dé la cultura a la menstruación, y en consecuencia a su desaparición.
2. El significado que dé la sociedad a la mujer estéril
3. El estatus social de la mujer al llegar a la etapa postmenopáusica
4. La consideración social del proceso de envejecimiento
5. La actitud de la pareja frente a la etapa menopáusica
6. El grado de privación económica que tenga la mujer en ese momento, o el provocado como consecuencia de la menopausia.
7. Los cambios que se produzcan en el ámbito socio-familiar y la adaptación a ellos.
8. La existencia de servicios de salud específicos para atender a las mujeres en este período.

Tabla 3.1. Sintomatología asociada a la menopausia (Fernández y cols., 2000)

SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS		
Vegetativos	Metabólicos	Psíquicos
Sofocos	Osteoporosis	Irritabilidad
Sudoración	Ateromatosis	Ansiedad
Palpitaciones	Atrofia cutánea	Depresión
Cefaleas	Atrofia urogenital	Nerviosismo
Vértigo	Artralgias	Insomnio
Opresión precordial	Mialgias	Disminución líbido
Zumbido de oídos	Obesidad	Pérdida de memoria
Hipertensión arterial		Melancolía
		Fatiga mental

Recientemente la Concejalía de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Madrid (Magnani, 1999) ha publicado un libro acerca del programa de menopausia que se está llevando a cabo en este municipio desde 1994, en él explican que la sintomatología de la menopausia procede de dos situaciones fundamentales:

1. **Cese de la actividad ovárica**, provocando un déficit hormonal, que tendría como consecuencia una sintomatología a corto plazo (sofocos y sudoraciones), síntomas a medio plazo (atrofia urogenital y alteraciones de la piel) y a largo plazo, vinculados con cambios metabólicos en otros órganos afectados por la carencia hormonal (osteoporosis y cardiopatía isquémica).

2. **Factores psico-sociales**, en los cuales el medio ambiente en el que se desenvuelve la mujer, y su estructura psicológica, van a ser determinantes a la hora de abordar esta etapa. Entre ellos, destacan el nivel cultural, el nivel ocupacional, la emancipación de los hijos, el cuidado de familiares en edad avanzada, el temor a la pérdida de la juventud, el temor al envejecimiento próximo, las dudas acerca de la sexualidad, la falta de motivación de cara al futuro, una vez cubiertas las etapas de reproducción y cuidados de los hijos, y la necesidad de ocupar el tiempo.

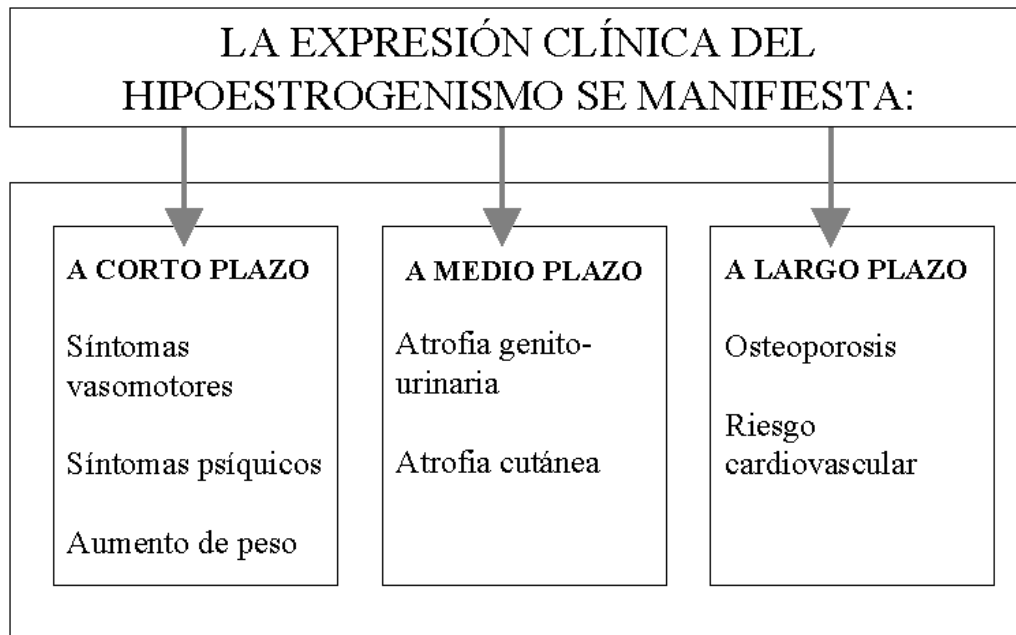


FIGURA 3.1. CONSECUENCIAS DEL DESCENSO DE ESTRÓGENOS EN SANGRE EN EL CLIMATERIO (PALACIOS Y MENÉNDEZ, 1998)

Según la OMS (1996) a la menopausia se le han atribuido síntomas muy diversos, pero apenas se ha hecho la distinción entre los que provienen de la pérdida de la función ovárica, los debidos al proceso de envejecimiento y los ocasionados por el estrés socioambiental de la llegada a la mitad de la vida.

3.1. SÍNTOMAS VASOMOTORES

Los síntomas vasomotores (comúnmente conocidos como sofocos, calores o sudores) representan la manifestación más común y el motivo por el cual las mujeres consultan con más frecuencia a los especialistas clínicos. La aparición de estos síntomas es muy temprana una vez ha comenzado el período perimenopáusico (OMS, 1996).

Los sofocos son descritos como la aparición brusca de una sensación de calor en cara y cuello, extendiéndose hasta el tórax, con una duración de entre 30 segundos y 2 minutos. En ocasiones, pueden ir acompañados de sudoración profusa, cefaleas, vértigo y palpitaciones. Se presentan a lo largo del día e incluso por la noche, dificultando de este modo el ritmo del sueño (Fernández y cols., 2000).

Tabla 3.2. Resumen de la clínica del sofoco (Palacios y Menéndez, 1998)

Síntomas	Descripción
Sensación de calor y ansiedad	Repentina sensación de calor y ansiedad
Frecuencia cardíaca	Aumenta de 5-30 latidos por minuto. Palpitaciones
Flujo sanguíneo cutáneo	Aumenta. Enrojecimiento
Temperatura de la piel de los dedos	Aumenta de 1 a 7 °C
Sudor	Profuso
Temperatura del cuerpo	Disminuye de 0,1 a 0,9 °C
Problemas de sueño	Despertar con el sofoco

El factor de los sofocos que más incomoda a las mujeres es el enrojecimiento de la piel que en ocasiones se produce, lo que puede provocar vergüenza o temor de sentirse observadas, aunque en la mayoría de las ocasiones es imperceptible externamente (Instituto de la Mujer, 1999).

Para los casos más extremos un sofoco puede provocar ansiedad, sensación de presión en la cabeza y pecho, de ardor, de ahogo, náuseas y dificultad para la concentración (Palacios y Menéndez, 1998).

Los síntomas vasomotores pueden aparecer varios años antes de producirse la menopausia confirmada y su frecuencia oscila bastante de unas mujeres a otras, así, algunas mujeres los padecen hasta edades muy tardías y en cambio otras no los experimentan jamás. Aunque es característico de la etapa perimenopáusica, una mujer puede sufrir un sofoco también en la etapa fértil, por ejemplo, en el embarazo o en el puerperio.

A través de la bibliografía (Whiteman y cols. 2003) se recoge que el principal factor de riesgo en la aparición de los sofocos es el tabaco. Aunque otros factores como la masa corporal, el desequilibrio hormonal, una menopausia quirúrgica, la raza o etnia pueden estar relacionados con la ocurrencia de estos.

El porcentaje de mujeres que padecen sofocos en la menopausia oscila entre el 60% y 80% siendo común que se mantengan durante dos años (Instituto de la Mujer, 1999; Sojo, 2003). Según varios estudios, (Palacios y Menéndez, 1998) aquellas mujeres con menopausia inducida

de forma artificial (quimioterapia, radioterapia o cirugía) es probable que padezcan los síntomas vasomotores de forma más intensa y duradera. Así, se estima que un 5% de ellas pueden padecerlos hasta los 75 y 80 años.

La prevalencia de los sofocos varía en las diferentes culturas. En general, los sofocos y las sudoraciones nocturnas son más frecuentes entre las mujeres europeas y estadounidenses que en las de otras poblaciones (OMS, 1996) (Ver tabla 3.3).

Tabla 3.3. Prevalencia de los sofocos en diferentes culturas/países (OMS, 1996)

Cultura/ País	Prevalencia sofocos
Maya	0%
China	10-22%
Japón	17%
Tailandia	23%
Estados Unidos	45%
Holanda	80%

La falta de sofocos en las mujeres mayas no se pueden explicar por las diferencias endocrinológicas, pues éstas presentan los mismos niveles que las mujeres europeas y a su vez, también experimentan desmineralización ósea (Martin y cols., 1993).

Como posible explicación a la diferencia de prevalencia sintomatológica entre mujeres japonesas y europeas, se ha sugerido (Adlercreutz, 1992), que las primeras tienen una dieta rica en fitoestrógenos (100 veces más alta en las japonesas que en las europeas).

En las mujeres sometidas a ovariectomía bilateral, los síntomas vasomotores son descritos de forma más intensa que en las mujeres con proceso menopáusico natural (Sturdee y Brincat, 1988).

Por otro lado, se han encontrado diferencias en las prevalencias de sofocos en mujeres histerectomizadas de diferentes etnias, de manera que sólo el 24% de las mujeres chinas reportaban sofocos (Haines, Chung y Leung, 1994) en contraste con el 70% de las mujeres caucásicas (Hagstad y Janson, 1986).

Todavía se desconoce el mecanismo exacto que subyace al sofoco, aunque el factor etiológico más importante es que aparecen después de un descenso acusable de estrógenos. Existen sospechas, aunque sin datos concluyentes, de que el origen de los sofocos se encuentra en un descenso momentáneo del umbral del centro termorregulador en el hipotálamo. Este

centro, como otros muchos del hipotálamo, es sensible a los estrógenos y está regulado por neurotransmisores, que, a su vez, están regulados por estrógenos. Por lo que, una caída de estrógenos provocaría un descontrol en el centro termorregulador (Cano, 1996).

Diversas investigaciones (Meldrum, 1981; Tartaryn, 1979) indican que al comienzo del sofoco se produce una vasodilatación que persiste 5 minutos después de haber cedido los síntomas. Tanto la vasodilatación como la sudoración son mecanismos de pérdida de calor por lo que las mujeres experimentan temblores para aumentar su temperatura básica hasta la normalidad. El comienzo del sofoco y la vasodilatación preceden al cambio de la temperatura de la piel y a la liberación intermitente de la hormona LH, pero la liberalización de esta hormona no es el factor desencadenante. Aunque los sofocos coinciden con los períodos de reducción de los estrógenos, los niveles de éstos no guardan relación con los accesos.

Se ha observado la relación entre sofocos e insomnio (Erlik y cols., 1981). Los sudores nocturnos, manifestación nocturna del sofoco, con frecuencia provocan el despertar en las mujeres, dificultando la posterior conciliación del sueño.

También existen estudios que demuestran que los sofocos pueden ser inducidos por situaciones de estrés (Wentz, 1988; Swartzman y Edelberg, 1983; Gannon y cols., 1987; Wentz, 1988; Swartzman, Edelberg y Kerman, 1990; Hunter y Liao, 1995). Swartz y Edleberg (1983) compararon mujeres perimenopáusicas que padecían de sofocos, con mujeres, también en etapa climática, pero que nunca habían sufrido ningún sofoco (grupo control). Los resultados indicaron que las mujeres que padecían sofocos eran significativamente más ansiosas y parecían más dispuestas a expresar sus problemas o malestares con somatizaciones. Estos autores sugieren a modo de hipótesis que el estrés puede precipitar o exacerbar los sofocos al afectar a las catecolaminas centrales que a su vez interfieren sobre los centros de termorregulación.

La OMS (1996) establece una serie de factores asociados a la frecuencia de los síntomas vasomotores:

- Aparición previa de síntomas premenstruales o menstruales.
- El estado de salud de las mujeres en la fase menopáusica
- La temperatura ambiente: las mujeres durante los meses de invierno sufren una mejoría, en cuanto a frecuencia e intensidad de los sofocos, como consecuencia del descenso en la temperatura ambiente. Con las altas temperaturas aumentan la frecuencia e intensidad de los sofocos.

Existen diferentes opciones farmacológicas para los síntomas vasomotores (Sojo, 2003):

✓ Fitoestrógenos:

Son sustancias o compuestos de origen vegetal que se encuentran presentes en algunas plantas de uso alimenticio como la soja, las lentejas y otros cereales. Diversos estudios (Huntley y Ernest, 2004; Suárez, 2004; López, 2003) han demostrado los beneficios de éstos sobre los sofocos.

En la actualidad se comercializan muchos productos que contienen fitoestrógenos de la soja, solos o en combinación con otros productos dietéticos. Aunque la mejor combinación es la introducción de la soja en los productos lácteos, aportando un alto valor nutritivo, muy recomendable en este período.

✓ Antidopaminérgicos:

Es un compuesto de efecto neuroendocrino que actúa sobre el sistema nervioso central. Se ha demostrado que su administración reduce de forma significativa la aparición de los sofocos.

✓ Terapia hormonal sustitutiva con estrógenos y/o progestágenos (se hablará de más detenidamente en el apartado 5.1)

✓ Tibolona:

Este fármaco es un esteroide sintético que reduce los sofocos de forma significativa aunque presenta varias contraindicaciones y efectos secundarios.

Los informes publicados sobre tratamientos no farmacológicos para la reducción de los sofocos justifican más investigaciones (OMS, 1996). En Suecia un estudio controlado con más de 1600 mujeres de 52 a 54 años reveló que los sofocos más intensos y la sudoración nocturna eran un 50% menos frecuentes en las mujeres que eran físicamente activas que las del grupo control (Hammar, Berg y Lindgren, 1990).

También, se han realizado estudios para averiguar que técnica conductual era más efectiva en la reducción de los síntomas vasomotores (Freedman y Woodward, 1992) obteniéndose que el control en el ritmo respiratorio era la técnica que reducía de forma más significativa la frecuencia y duración de los sofocos.

3.2. ALTERACIONES GENITOURINARIAS

3.2.1. ATROFIA VAGINAL

La atrofia vaginal no aparece de forma tan inmediata como los síntomas vasomotores, sino tras un período de déficit estrogénico. Consiste en una disminución del epitelio vaginal, con pérdida de elasticidad y sequedad, provocando dolor en las relaciones sexuales (coitalgia o dispaurenia), aumentando el riesgo de infecciones (Fernández y cols. 2000). Sin embargo, un estudio de citología vaginal reveló frotis completamente atróficos en sólo el 20% de las mujeres postmenopáusicas (Gordon, 1976).

No se ha determinado con exactitud la frecuencia de dispaurenia postmenopáusica asociada a la atrofia vaginal. Pero, un estudio estimó que el 10% de las mujeres con menopausia padecían dispaurenia tras acudir a la consulta clínica (Coope, 1996).

En el período postmenopáusico, el vello púbico empieza a desaparecer y la piel de toda la zona se hace más fina (Palacios y Menéndez, 1998). El tejido y grasa subcutánea disminuyen de tal manera que los labios mayores y menores, se van borrando, lo que provoca una reducción de la entrada de la vagina (introito vulvar).

Por otro lado es frecuente la aparición de irritación, quemazón y picor en esta zona. A su vez, la mucosa vaginal se altera y se vuelve más tensa y disminuye la producción de flujo. Debido a esto último, la vagina se vuelve más seca y puede irritarse o sangrar con facilidad, pudiendo desembocar en una vaginitis.

En una mujer fértil, la vagina es un conducto séptico, es decir, muchos gérmenes en perfecto equilibrio. Este equilibrio se mantiene en un buen estado de salud de la mucosa debido a un nivel hormonal adecuado. Con la llegada a la menopausia, y la alteración del equilibrio hormonal, con frecuencia, se puede generar la proliferación de algunas especies a costa de otras, dando lugar a una infección. Así la atrofia e infección, o bien por si solas o en conjunto, pueden dar lugar al proceso denominado colpitis atrófica, es decir, inflamación vaginal, con un aumento en la secreción, picor y molestias.

La sequedad vaginal no es siempre irreversible, ni progresiva y tampoco aparece por igual en todas las mujeres. Hay muchas formas de lubricar la vagina (Instituto de la Mujer, 1999):

CUADRO 3.2. CONSEJOS DEL INSTITUTO PALACIOS PARA LA ATROFIA VAGINAL (PALACIOS Y MENÉNDEZ, 1998)

- *Diagnosticar el grado de atrofia vulvar y vaginal*
- *Higiene adecuada de la zona con un jabón o champú neutro*
- *Mandar tratamiento hormonal sustitutivo, si necesita por otras razones*
- *En casos puntuales, y hasta que los estrógenos hagan efecto, puede utilizar lubricantes antes de las relaciones*
- *El mantenimiento de las relaciones sexuales mejorará la atrofia vaginal*

- a. El tratamiento con estrógenos es eficaz para aumentar el grosor y las secreciones de la mucosa vaginal (Marsh y Whitehead, 1992).
- b. Por otro lado, los lubricantes vaginales están especialmente indicados contra la dispareunia (OMS, 1996).
- c. La continuación de la actividad sexual puede proteger a las mujeres contra la atrofia vaginal. Un estudio (Bachman y cols., 1984) reveló que las mujeres sexualmente activas presentaban menos atrofia que las sexualmente inactivas.

3.2.2. TRASTORNOS URINARIOS

En la postmenopausia se producen cambios en la uretra y vejiga pudiendo aparecer síntomas de urgencia y frecuencia al orinar e incontinencia urinaria. Los síntomas de urgencia de la micción, disuria, nicturia o incontinencia estresante afectan al 20-25% de las mujeres postmenopáusicas (OMS, 1996).

Debido a que la integridad de la mucosa urinaria depende del nivel de estrógenos, tras la menopausia, la calidad y el sostén de los sistemas de anclaje del suelo pélvico (musculares y ligamentos) se debilitan y facilitan la aparición de trastornos urinarios o lo acentúan si ya existían. Las mujeres con antecedentes de partos difíciles son las más susceptibles de padecer estos trastornos (Palacios y Menéndez, 1998).

La alteración más frecuente es la incontinencia por estrés, que consiste en pérdidas de orina involuntarias, sin sensación de necesidad, asociadas a la realización esfuerzos mínimos,

como tos, risa, etc. La cistitis es otra alteración también muy frecuente en este período, provocando frecuentes e imperiosas emisiones de orina.

Estas pérdidas de orina pueden generar inseguridad y preocupación a las mujeres que las padecen. Por tanto, aunque no se traten de trastornos graves en sí, pueden llegar a provocar alteraciones del comportamiento. Muchas mujeres no acuden a consulta por estas alteraciones al pensar que se trata de un proceso normal del envejecimiento.

CUADRO 3.3. CONSEJOS INSTITUTO PALACIOS PARA LA INCONTINENCIA URINARIA (PALACIOS Y MENÉNDEZ, 1998)

- *Toda mujer debe consultarlo siempre y todo médico debe preguntar si la paciente presenta incontinencia urinaria*
- *Debe siempre enseñarle ejercicios de fortalecimiento de la musculatura pélvica*
- *Tratamiento hormonal sustitutivo*
- *En casos con poca efectividad de los tratamientos anteriores, se hará un estudio urodinámico*
- *Se instaurará tratamiento selectivo, sabiendo que la cirugía siempre será más eficaz en pacientes con más musculatura y menos atrofia gracias al tratamiento hormonal*

Existen las siguientes opciones terapéuticas (Fernández y cols., 2000; Palacios y Menéndez, 1998):

1. Fortalecimiento de la musculatura.

A través de ejercicios y estímulos es posible fortalecer la musculatura abdominal y pélvica. Estos movimientos se conocen como Ejercicios de Kegel y suponen un medio de prevención para las alteraciones urinarias así como una medida coadyuvante para otras modalidades de tratamiento.

2. Administración de estrógenos:

Mediante la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos, siempre y cuando no se encuentre contraindicada, se consigue un aumento del tono y una mejora en la involución que

sufre la vejiga y la uretra. Con la administración de estrógenos se incrementa la circulación de esta zona.

3. Cirugía:

Para las formas más graves de incontinencia, el descenso de la vejiga o la pérdida anatómica de la uretra.

Stewart (2003), realizó un trabajo con el objetivo de buscar si existe una relación entre incontinencia urinaria y autoestima en mujeres postmenopáusicas. Se recogieron datos de un grupo de 15 mujeres durante 13 meses, que estaban siendo tratadas de incontinencia urinaria. Los resultados indicaron que la autoestima aumentaba a medida que aumentaba la continencia urinaria.

3.3. OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por la baja masa ósea y el deterioro microestructural del tejido óseo, que lleva a una mayor fragilidad ósea y al consiguiente aumento del riesgo de fractura. Este trastorno afecta a 1 de cada 3 mujeres postmenopáusicas y a la mayoría de las personas en edad avanzada (OMS, 1996) (Ver figura 3.2) Aunque, la prevalencia de la osteoporosis y de fracturas es diferente en función del país y de los grupos de población dentro de éstos (Ver cuadro 3.4.).

En la etapa postmenopáusica la osteoporosis viene dada por la combinación de dos factores (Fernández y cols. 2000):

1. Por la reducción de hueso con relación a la edad, que se produce en ambos sexos.
2. Por la aceleración que en la pérdida de masa ósea ocurre en la postmenopausia debido al déficit estrogénico.

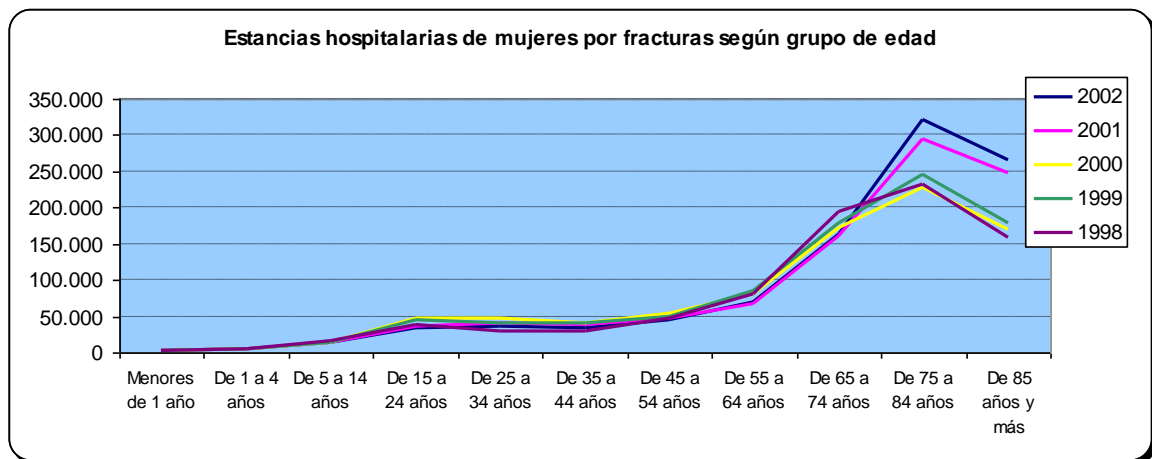


FIGURA 3.2. ESTANCIAS HOSPITALARIAS DE MUJERES POR FRACTURAS SEGÚN GRUPO DE EDAD EN ESPAÑA (FUENTE I.N.E)

La pérdida de la masa ósea es asintomática, por este motivo aunque el proceso comienza a partir de los 30 años, la mayoría de los casos se diagnostican entre los 50 y los 71 años de edad, retrasando, por tanto, la adopción de medidas preventivas y terapéuticas. Normalmente, cuando la osteoporosis es detectable ya se ha perdido un 25% de la masa ósea, por ello es muy importante la prevención o la detección precoz antes de que se produzca ninguna fractura.

Tabla 3.4. Tasa de incidencia (por 100.000) de la fractura de cadera por país y sexo (OMS, 1996)

País o zona	Mujeres	Hombres	Relación
			Mujeres: Hombres
Estados Unidos (Rochester, MN)	101,6	50,5	2
Nueva Zelanda	96,8	35,2	2,7
Suecia	87,2	38,2	2,3
Israel (Jerusalén)	69,9	42,8	1,6
Reino Unido	63,1	29,3	2,2
Países Bajos	51,1	28,5	1,8
Finlandia	9,9	27,4	1,8
Antigua Yugoslavia (dieta baja en calcio)	39,2	37,9	1
Hong Kong	31,3	27,2	1,2
Antigua Yugoslavia (dieta rica en calcio)	17,3	18,2	1
Singapur	15,3	26,5	0,6
Sudáfrica (Bantú)	5,3	5,6	0,9

La osteoporosis es uno de los mayores problemas de salud pública de los países industrializados, y el factor principal es el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial (Palacios y Menéndez, 1998). Por ejemplo, la fractura de cadera es la responsable de la mayor

parte de la mortalidad y morbilidad por osteoporosis, a parte de provocar una gran discapacidad en las personas ancianas (OMS, 1996).

Se han establecido una serie de factores de riesgo para la osteoporosis (OMS, 1996; Palacios y Menéndez, 1998; Rosario y cols., 2003):

1. Sexo: Como se ha comentado anteriormente la osteoporosis es más frecuente en mujeres que en hombres como consecuencia del déficit estrogénico en la etapa menopáusica.
2. Edad: A partir de los 30 años se produce una pérdida progresiva de masa ósea.
3. Menopausia prematura natural: con una menopausia prematura se acelera el proceso de pérdida de masa ósea.
4. Raza: Existen claras diferencias raciales en el contenido mineral óseo. La raza blanca tiene mayor riesgo de osteoporosis que la raza negra y la raza amarilla aún más que la banca.
5. Susceptibilidad genética: Las mujeres cuyas madres que han padecido osteoporosis tiene mayor probabilidad de padecer esta enfermedad.
6. Tamaño del esqueleto: Está comprobado que una menor masa esquelética acumulada durante el crecimiento implica un mayor riesgo de osteoporosis.
7. Ejercicio físico: La falta de actividad física y el sedentarismo pueden originar una mayor pérdida de masa ósea y contribuir al desarrollo de osteoporosis en el futuro. A su vez se ha demostrado que se ha producido aumento de masa mineral en mujeres que han desarrollado actividad física importante.
8. Dieta: Una dieta inadecuada en calcio puede estar relacionada con la osteoporosis. La cantidad de calcio consumida en la infancia y adolescencia constituyen uno de los factores que determinan el pico de masa ósea. Por otro lado, una dieta que contenga un exceso de proteínas produce una mayor pérdida de calcio por la orina. Las bebidas gaseosas y el café también incrementan la excreción de calcio por la orina. A su vez, una dieta rica en vitamina D facilita la absorción intestinal de calcio y fósforo.
9. Alcohol: Éste interfiere en el metabolismo fosfocálcico, aumentando la reabsorción y disminuyendo la formación ósea.
10. Tabaco: Principalmente debido a que el tabaquismo acelera el proceso menopáusico.

Existen diferentes opciones para el tratamiento médico de la osteoporosis (Palacios y Menéndez, 1998; Cano, 1996; OMS, 1996):

- Estrógenos: Es el tratamiento médico más utilizado.

- Calcitoninas: Frena la pérdida de masa ósea y aporta un efecto analgésico para el dolor de huesos.
- Bifosfanatos: Son compuestos sintéticos que se aglutinan con los cristales de hidroxapatita del hueso y funcionan suprimiendo la reabsorción de éste por los osteoclastos.
- Vitamina D: Ayuda a retener el calcio y reduce la posibilidad de fracturas.
- Fluoruro Sódico: Posee un gran efecto anabolizante sobre el hueso y aumenta la masa ósea.

Lo más importante es la prevención y suministrar gran aporte de calcio antes de que comience la reducción de la masa ósea, por ello se han establecido una serie de consejos terapéuticos y preventivos para la osteoporosis, como por ejemplo los que ofrece el Instituto Palacios (Palacios y Menéndez, 1998) ofrece los siguientes: (Ver figura 3.3.)

1. Para frenar la pérdida de masa ósea y, si se puede, aumentarla:
 - Ande diariamente como mínimo una hora
 - Tome el sol al menos una hora al día
 - Ingiera productos lácteos (leche, yogur, queso...)
 - Siga el tratamiento aconsejado por su médico
2. Cuando tenga dolor intenso de espalda:
 - Haga reposo en una cama o silla
 - Suspenda temporalmente la gimnasia
 - Si lo precisa, póngase en contacto con su médico
3. Practique, diariamente, la gimnasia aconsejada por su médico:
 - No haga por su cuenta movimientos de flexión
4. Al sentarse, evite los sofás y butacas blandos y profundos:
 - Es aconsejable un asiento rígido con apoyo para los brazos
 - No levante pesos y si no le queda más remedio hágalo flexionando las rodillas y no la espalda
 - Descanse en cama plana
 - Use una almohada adecuada
 - Cuando se levante de la cama, hágalo suavemente y sin brusquedad

5. Prevenga caídas, para ello se aconseja:

- Hacerse chequeos de la vista y el oído
- Quitar las alfombras: puede tropezarse con su borde
- Instalar sujetadores de mano donde tenga dificultades
- Utilizar zapatos con la suela firme y no resbaladiza
- Al levantarse de la cama, sentarse durante unos minutos en el borde antes de andar
- Mantener los suelos siempre limpios y que no resbalen
- Procurar no tener objetos que puedan ocasionar tropiezos
- Practicar ejercicios regulares para mantener los músculos
- Utilizar la ayuda de bastones cuando lo necesite
- Evitar medicaciones cuyos efectos secundarios faciliten las caídas

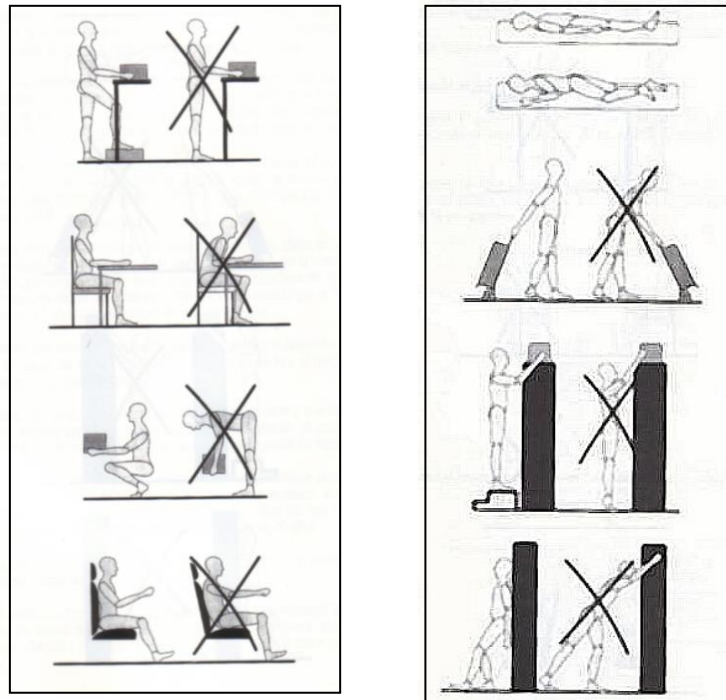


FIGURA 3. 3. MEDIDAS POSTURALES QUE EVITARÁN LOS DOLORS Y REDUCIRÁN EL RIESGO DE FRACTURAS (FERNÁNDEZ Y COLS., 2000)

3.4. RIESGOS CARDIOVASCULARES

Globalmente las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte de los países desarrollados. Antes de la llegada de la menopausia, las enfermedades coronarias son entre cuatro y cinco veces más frecuentes en hombres que en mujeres, pero a partir de la menopausia la tasa se equipara en ambos sexos. De manera que una de cada siete mujeres entre los 45 y 64 años padece algún tipo de enfermedad coronaria, y a partir de los 65 años, la proporción es de una de cada tres mujeres (OMS, 1996).

En la etapa postmenopáusica, se establecen los siguientes factores de riesgo para padecer una enfermedad cardiovascular (OMS, 1996; Cano, 1996; Palacios y Menéndez, 1998):

- Factores hereditarios
- Hábitos de vida:
 - Obesidad
 - Dieta desequilibrada con alto consumo de grasas
 - Tabaquismo
 - Poco ejercicio físico
 - Estrés
 - Tensión arterial elevada
 - Diabetes
 - Aterosclerosis: placas de grasas en las paredes de los vasos

CUADRO 3.4. FACTORES DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR CORONARIA CONFIRMADA (CANO, 1996)

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Intolerancia a la glucosa• Tabaquismo• Presión arterial elevada (sistólica o diastólica)• Colesterol total aumentado• Colesterol-LDL (colesterol perjudicial) elevado• Colesterol-HDL (colesterol protector) disminuido• Edad avanzada• Deprivación estrogénica por menopausia natural o quirúrgica |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-

Existe una importante relación entre la función de los ovarios, nivel de hormonas en sangre y el desarrollo de placas de grasa (ateromas). De manera que cuando se ha instaurado la menopausia es más fácil que las grasas se acumulen en los vasos sanguíneos. Por este motivo, la probabilidad de enfermedad cardiovascular es mayor en mujeres con menopausia precoz (Cano, 1996, Palacios, 1992; Fernández y cols., 2000).

Las hormonas sexuales femeninas son cardioprotectoras, y el mecanismo responsable de esta cardioprotección está determinado por el metabolismo lipídico (OMS, 1996; Palacios y Menéndez, 1998). Los estrógenos ejercen un papel protector aumentando la lipoproteína HDL (lipoproteína de alta densidad o colesterol protector) que impiden que el colesterol se deposite en los vasos, y disminuyendo la lipoproteína LDL (lipoproteínas de baja densidad o colesterol malo) que favorecen el depósito del colesterol y, por tanto, el desarrollo de la enfermedad arteriosclerótica. Por otro lado, los estrógenos actúan también sobre las arterias dilatándolas, lo que facilita el flujo sanguíneo, ayudando, esto último también, a que no se acumulen las placas de grasa en sus paredes.

CUADRO 3.5. CONSEJOS INSTITUTO PALACIOS PARA LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER (PALACIOS Y MENÉNDEZ, 1998)

-
- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Hacer dieta equilibrada, pobre en grasas• Hacer ejercicio físico diario• Evitar el estrés• No fumar• Si tienes una historia familiar de enfermedad cardíaca, saber que tienes más riesgos e intensificar los cuidados y las visitas al médico• Si tienes algún factor de riesgo, como el colesterol alto, hipertensión o diabetes mellitus, tratarlo correctamente e intensificar los cuidados y las visitas al médico• Es muy importante que mujeres con menopausia precoz o quirúrgica, y mujeres con bajos niveles de estrógenos por otras causas, reciban terapia hormonal sustitutiva, ya que son pacientes con más riesgos cardiovasculares. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-

La cardiopatía isquémica es una enfermedad cardíaca caracterizada por la obstrucción de las arterias coronarias encargadas de nutrir el corazón, para que el corazón bombee sangre correctamente a todo el organismo. Si la obstrucción de un vaso coronario es total, una zona del corazón se queda sin riego y como consecuencia muere por necrosis, dando lugar a un infarto agudo de miocardio, una angina de pecho o una insuficiencia cardíaca.

En España la tasa de mortalidad por infarto en mujeres en edad postmenopáusica es superior a la muerte por cáncer de mama o de útero. (Ver figura 3.4. y 3.5.)

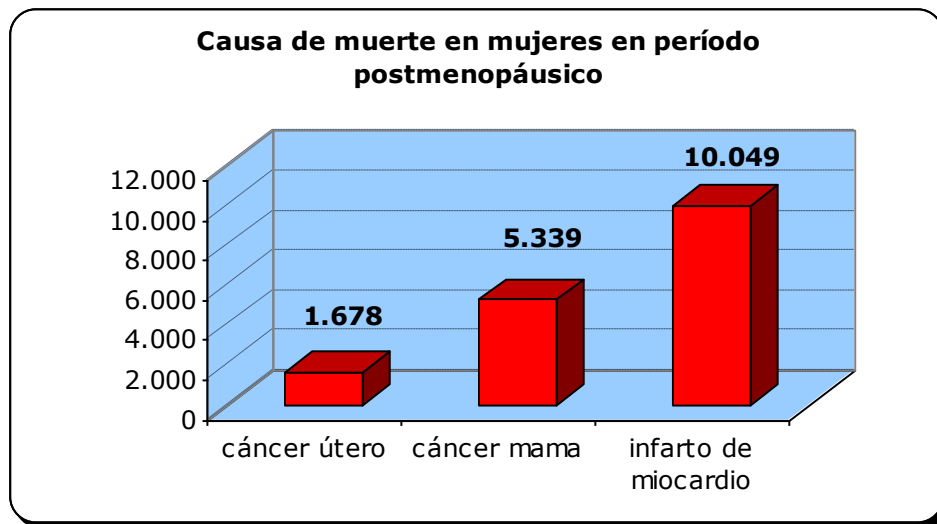


FIGURA 3.4. CAUSA DE MUERTE EN MUJERES EN ETAPA POSTMENOPÁUSICA (FUENTE INE)

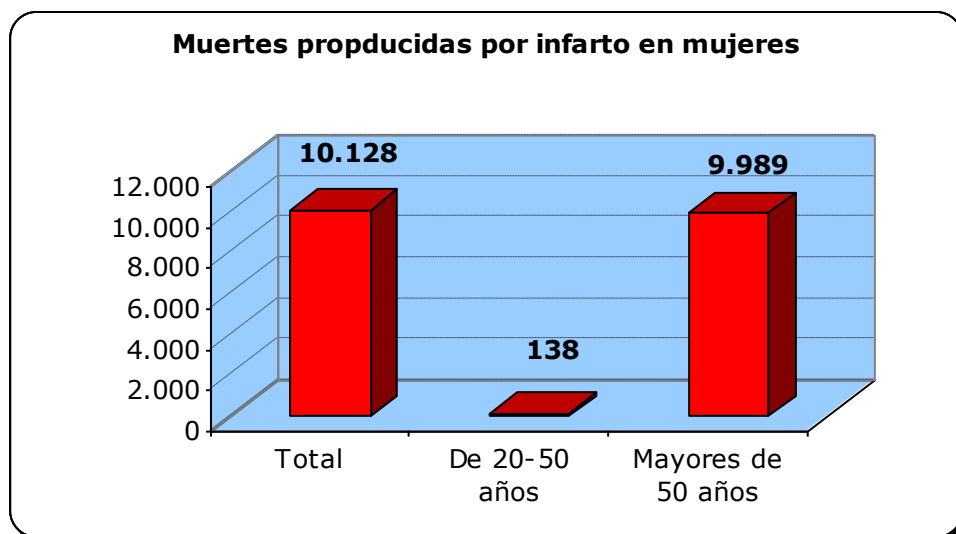


FIGURA 3.5. CAUSA DE MUERTE EN MUJERES EN ETAPA POSTMENOPÁUSICA (FUENTE INE)

El ictus es otra de las enfermedades cardiovasculares frecuentes en las mujeres tras la menopausia. Al igual que las otras enfermedades vasculares, el riesgo es mayor en hombres que en mujeres hasta la llegada de la menopausia. La forma más frecuente del ictus es el infarto cerebral y aunque es menos frecuente que la enfermedad cardíaca coronaria supone la tercera causa de muerte en general (INE, 2005; Cano, 1996).

A partir de los 50 años se encuentra una mayor incidencia de hipertensión arterial en mujeres que en varones (Fernández-Abascal, 1993). Pero, los cambios que se producen en la tensión arterial relacionados con la menopausia son difíciles de evaluar puesto que coinciden diversos factores: envejecimiento, aumento de peso, cambios en el estilo de vida y presencia de otros factores de riesgo cardiovascular. No obstante, diversos estudios han encontrado que la deficiencia estrogénica que se produce en el proceso menopáusico puede inducir disfunción endotelial e hiperactividad simpática y potenciar el aumento de la presión sistólica relacionado con la edad (Martell y Ruiz, 2002).

Farag y cols. (2003) estudiaron si la respuesta autonómica es diferente en mujeres pre y postmenopáusicas. Evaluaron la respuesta de control del corazón del sistema nervioso autónomo en 18 mujeres premenopáusicas y 34 mujeres postmenopáusicas, todas ellas sometidas a estrés psicológico/social. Los resultados del estudio indicaron que las mujeres postmenopáusicas tienen mayor actividad simpática y menor actividad parasimpática que las mujeres premenopáusicas. Se ha encontrado que la ansiedad mantiene una relación con la hipertensión observándose que los pacientes hipertensos tienen una respuesta de ansiedad más elevada que los normales (Miguel Tobal y Casado, 1994). Por otro lado, puesto que ya se ha comentado anteriormente que en el proceso de la menopausia intervienen factores de índole biológico, psicológico y cultural en algunos casos puede suponer una experiencia negativa para las mujeres y si la mujer no cuenta con recursos adecuados para afrontarlos puede generar estrés o ansiedad influyendo de forma negativa sobre la hipertensión (Camuñas y cols., 2001).

3.5. PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA EN LA MENOPAUSIA

No hay evidencia que sugiera algún trastorno psicopatológico causado por la menopausia, debido a que la gran mayoría de los estudios han presentado importantes problemas metodológicos como la selección de muestras clínicas, el uso de medidas no estandarizadas y por

último, fallos en los controles de los efectos de la edad y la utilización de diferentes cohortes cuando se comparaban grupos de mujeres de diversos estatus menopáusicos. A partir de los años ochenta se realizan una serie de estudios prospectivos que aportan una fuerte evidencia en torno a que la menopausia no tiene efectos negativos sobre el ánimo o el bienestar de la mayoría de las mujeres (Greene y Visser, 1992). En cambio, en la menopausia clínica aparecen altos niveles de estrés y problemas psicosociales (Lock, 1986).

Debido a la disparidad de los patrones semiológicos psíquicos que han encontrado los diferentes autores y estudios, la OMS en 1981 destacó como síntomas psicológicos más importantes asociados a la menopausia sólo cuatro; insomnio, astenia, irritabilidad y labilidad emocional, siendo el insomnio el más coincidente en los diferentes estudios. Anderson (1987) estima que la frecuencia de síntomas psicológicos es muy elevada, por lo que considera a algunos de estos síntomas como comunes a la menopausia misma, por este motivo el autor agrupa a estos síntomas en tres subsíndromes. El primero de ellos es de carácter ansioso, otro de carácter depresivo y, por último, el que afecta al sueño.

Tejerizo y cols. (1992) recogen las siguientes observaciones en un estudio sobre aspectos psicológicos y psiquiátricos del climaterio:

- Existen evidencias que apoyan que la menopausia implica cambios psicológicos menores, que pueden agravarse y generar un proceso morboso, sobre todo en mujeres con cambios menstruales recientes.
- La relación entre retirada de la regla e inicio de trastornos depresivos parece clara.
- Los cambios endocrinos representan un papel menos relevante que los psicosociales en la aparición de depresiones en la menopausia. No obstante, hay una relación directa entre endocrinología y psicopatología, especialmente en esta etapa de la vida.
- La existencia de una patología psicológica anterior es determinante, actuando la menopausia como catalizador mas que como factor etiológico.
- La premenopausia es más peligrosa para la salud mental que las demás fases del climaterio.

Tras un estudio (Sánchez- Cánovas y cols., 1995) en el que se analizaba la combinación del sexo, la edad y la vulnerabilidad psicológica, se encontró que no existían diferencias

significativas, por lo tanto se afirma que: “no se es más vulnerable por ser joven o de mediana edad, ni por pertenecer a uno u otro sexo” (Sánchez- Cánovas, 1996). De este modo, es difícil establecer que el déficit hormonal que se produce en la menopausia sea el determinante de los síntomas psicológicos.

3.5.1. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Se han realizado diferentes trabajos para conocer la sintomatología psicológica que pudiera aparecer en la menopausia, y todos estos trabajos han estado principalmente centrados en los trastornos de ansiedad y depresión.

Civeira y cols. (1988) estudiaron las diferencias sintomatológicas en la mujer depresiva con relación al climaterio. Fueron evaluadas mediante el CET-DE (Alonso Fernández, 1986; cuestionario tetradimensional para la depresión), y se obtuvo que el grupo de mujeres premenopáusicas mostraba más sintomatología somática, más sentimiento de culpa e indignidad, más insomnio y menos reactividad social. Las mujeres menopáusicas con depresión estaban intensamente afectadas. Presentaban lentitud en el pensamiento, desesperanza y múltiples preocupaciones. El grupo de mujeres postmenopáusicas tenía mayor pérdida de apetito y centraba sus conversaciones habituales en la preocupación por su enfermedad. La incomunicación era lo que diferenciaba fundamentalmente al grupo menopáusico, refiriendo con más frecuencia sentimientos de incomprensión y aislamiento con separación de las actividades sociales. Los autores del estudio argumentan que en la población española el período del climaterio sigue teniendo un fuerte valor psicológico. Algunas de las descripciones que las mujeres realizaban respecto a esta época de sus vidas eran: “perder la naturaleza”, “dejar de ser mujer”, “miedo a una nueva vulnerabilidad y dependencia”, etc.

La mayoría de las investigaciones estadounidenses establecen que los síntomas psicológicos más frecuentemente referidos durante la menopausia son los sentimientos de irritabilidad, depresión y ansiedad, (Strickland, 1992). Éstos pueden ser debidos a los cambios físicos que se estén produciendo en este período, pero también están influidos por las creencias culturales sobre la mujer, percepciones individuales, y las expectativas que la mujer tiene para sí misma. La historia de la vida de las mujeres en relación con la salud reproductiva y el ciclo menstrual, probablemente afectará sus interpretaciones acerca de la experiencia de la menopausia. Se propone como hipótesis que aquellas mujeres con historia de depresión o

excesivamente dependientes y que hayan asimilado valores femeninos tradicionales como el de valorar la juventud, el atractivo físico y la maternidad, serán las que tendrán mayor dificultad en afrontar la presencia de la menopausia. En esta dirección apuntan las explicaciones que ofrece Sánchez-Cánovas (1996) a diversas investigaciones (Ussher, 1992; Sánchez- Cánovas y cols, 1995) que se han realizado para verificar en qué grado la depresión y la ansiedad se asocian con la menopausia, y si ésta es el determinante principal de la depresión y la ansiedad. Los resultados indican que la depresión se asocia con la menopausia encontrándose diferencias significativas entre el grupo premenopáusico y menopáusico. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la ansiedad. Se encontró una mayor relación de la depresión con la vulnerabilidad psicológica (tamaño del efecto un 13%), que con la menopausia (4,5%), por lo que considera que la hipótesis más plausible es que aquellas mujeres que durante la menopausia padecen estados depresivos muy probablemente han padecido también en el pasado algún cuadro depresivo.

Hunter (1993b) establece como predictores del ánimo depresivo durante la menopausia la historia de ánimo depresivo, el bajo estatus socioeconómico y eventos vitales estresantes, especialmente la pérdida de seres queridos, y creencias negativas acerca de la menopausia. Por otro lado, las mujeres que han experimentado una menopausia temprana por una cirugía son más propensas a experimentar reacciones emocionales negativas.

Comino (1990) señala que casi un 70% de las mujeres perimenopáusicas padecen inestabilidad emocional o estado de ánimo depresivo. Desde el campo psiquiátrico Blanco y De la Gándara-Martín (1992) en un estudio realizado en un centro de salud mental, compararon a mujeres postmenopáusicas con hombres de la misma edad, obteniendo como resultado que la tasa de consultas psiquiátricas en estos centros es más del doble en las mujeres que en los hombres. A pesar de esto, no es posible inferir que la menopausia sea la causa de estas diferencias, pero algo debe existir en la psicosociobiología de la menopausia para que suponga incrementos notables de riesgo psicopatológico (De la Gándara - Martín, 1997).

Schmidt y Rubinow (1991) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la relación entre menopausia y trastornos afectivos. Estos autores concluyeron que era prematuro afirmar que no existe relación entre menopausia y depresión, principalmente por la existencia de problemas metodológicos en la gran mayoría de estas investigaciones. Por este motivo, ofrecen líneas para examinar los cambios de humor y comportamentales durante el climaterio, con la esperanza de estimular futuras investigaciones para poder determinar la relación y sus características entre trastornos afectivos y menopausia. Concretamente, refieren la necesidad de

ofrecer una definición operativa del síndrome afectivo de la menopausia, conocer la naturaleza de los síntomas comportamentales y afectivos, y aplicar buenos métodos para establecer la conexión de síntomas con la menopausia.

Recientemente, diversos trabajos han estudiado la relación de la depresión con la menopausia. Wojnar y cols. (2003) evaluaron síntomas de depresión a 2.262 mujeres, todas ellas pacientes de 120 ginecólogos en Polonia. Los resultados indicaron que el 19% de las mujeres perimenopáusicas sufrían de trastornos depresivos. En población normal la prevalencia de depresión se sitúa en torno al 10%, por tanto, se habla de una alta prevalencia de la depresión en el período climatérico. En esta misma línea, asociando los estados depresivos con la menopausia, Zhang y cols. (2003) estudiaron la morbilidad de la depresión en el climaterio, evaluando a 7.232 mujeres perimenopáusicas. Los resultados de este estudio mostraron que los síntomas depresivos correlacionaban positivamente con la duración de la menopausia, con la historia de abortos o nacimientos prematuros, con la hipertensión, con las fracturas de hueso, con el consumo de tabaco y con los problemas maritales. Sin embargo, Avis (2003) afirma que no hay suficiente apoyo científico como para establecer de forma clara la relación entre menopausia y depresión.

Los resultados de algunos estudios acerca de la utilidad de la terapia hormonal sustitutiva para reducir la ansiedad o la depresión no parecen ser concluyentes. Mientras que algunos estudios como el realizado por Yazici y cols. (2003) sugieren que la terapia hormonal sustitutiva parece tener efectos beneficiosos en la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva, otros (Hernández, De la Gándara-Martín y Sánchez, 2003; Morrinson y cols., 2004) afirman lo contrario, así el tratamiento hormonal no parece ser muy útil para la reducción de los síntomas depresivos, sobre todo porque no se ha establecido de forma clara la relación entre depresión y menopausia.

3.5.2. TRASTORNOS DE SUEÑO

En general, el insomnio es una de las alteraciones más comunes, y se estima que un tercio de la población lo sufre, siendo más acusado en el sexo femenino, aunque todavía no se conocen las causas. Así, alrededor de seis millones de mujeres en España padecen insomnio. (Palacios y Menéndez, 1998). No obstante, con la edad se van reduciendo las horas sueño (Ver figura 3.4).

El insomnio en la menopausia suele presentarse en dificultades en la conciliación y en el mantenimiento del sueño. Como consecuencia de los problemas del sueño las mujeres manifiestan irritabilidad, malestar y alteraciones en la capacidad de rendimiento durante el día (Fernández y cols., 2000).

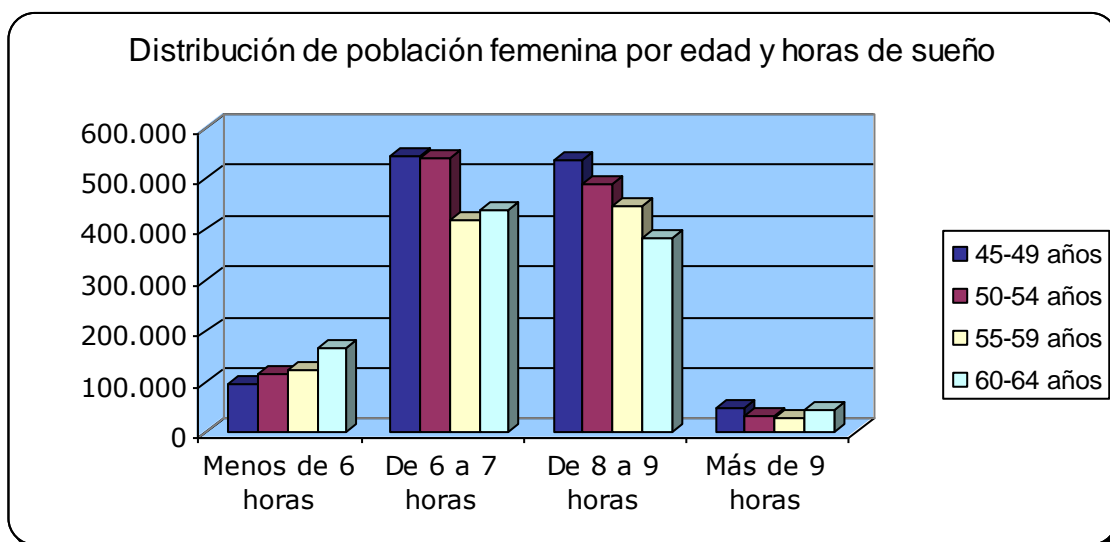


FIGURA 3.6. DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN FEMENINA EN ESPAÑA POR EDAD Y HORAS DE SUEÑO (FUENTE I.N.E)

Se establecen como factores causantes de los trastornos del sueño durante la menopausia a la acción de los cambios hormonales, a los sofocos o sudores nocturnos y a los factores psicológicos que actúan desestabilizando el sueño. Por otro lado, también actúan como causa del insomnio los patrones irregulares del sueño, causas ambientales (ruidos, etc.), consumo de ciertos fármacos, existencia de dolores crónicos y el consumo de agentes tóxicos como el alcohol o la cafeína. En esta etapa es muy importante descartar otras alteraciones o enfermedades como responsables del insomnio, puesto que en esos casos el tratamiento debe de ser específico (Palacios y Menéndez, 1994; Fernández y cols.,2000).

En cualquier caso, es recomendable establecer una serie de medidas higiénicas del sueño (Ver cuadro 3.5.).

Algunos trabajos han revelado que el insomnio que aparece en la menopausia presenta características similares al insomnio que se presenta en algunos trastornos psicológicos.

Terashima y cols. (2004) realizaron un estudio con el objetivo de encontrar las características del insomnio menopáusico, y concluyen que el insomnio que se produce en mujeres en la etapa menopáusica parece ser similar al de pacientes con ansiedad generalizada acompañado de una interrupción severa del sueño. Por este motivo, es necesario distinguir el insomnio que se produce como consecuencia del estado menopáusico y el aparecido como consecuencia de algún trastorno psicológico. Por otro lado, Antonijevic y cols., 2003 encontraron que los cambios endocrinos del sueño típicamente asociados a la depresión mayor aparecen en pacientes mujeres postmenopáusicas.

CUADRO 3.6. MEDIDAS HIGIÉNICAS DEL SUEÑO (PALACIOS Y MENÉNDEZ, 1998)

-
- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Buenas condiciones ambientales de la habitación (luz, ruido, temperatura entre 18° y 22°) • Comer como mínimo dos horas antes de acostarse • Practicar ejercicio físico suave durante el día • Reducir la cafeína, el alcohol y cualquier estimulante • Intentar relajarse antes de dormir, preferiblemente leyendo • Si no puede dormir, levántese de la cama y salga de la habitación. Vuelva a la cama cuando sienta ganas de dormir. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-

Sharkey y cols. (2003) evaluaron a mujeres pre y postmenopáusicas y encontraron que ambos grupos no diferían en cuanto a los informes subjetivos del sueño, encontrándose ligeras diferencias polisomnográficas, siendo más corta la primera fase del sueño y la latencia de despertar en las mujeres postmenopáusicas. Por tanto, estos resultados indicarían que la menopausia tiene un mínimo papel en la calidad del sueño y en la distribución de las fases del sueño. A una conclusión muy parecida llegaron Young y cols. (2003) quienes evaluaron de forma objetiva la calidad de sueño, mediante registro polisomnográfico, a 589 mujeres premenopáusicas, perimenopáusicas y postmenopáusicas. Los resultados de este estudio mostraron que si antes no existe un problema de sueño la menopausia no es un predictor de trastornos de sueño.

Existe discrepancia en cuanto a la utilidad de la terapia con estrógenos para remediar o aliviar el insomnio. Así, hay estudios (Manber y cols., 2003) cuyos resultados parecen indicar que la terapia hormonal sustitutiva ayuda sustancialmente a los trastornos del sueño en la etapa menopáusica, y otros trabajos (Saletu-Zyhlarz y cols., 2003) indican que este tipo de tratamiento farmacológico sólo mejora de forma subjetiva el sueño, pero sin diferencias significativas en las variables medidas de forma objetiva.

Se ha demostrado que practicar ejercicio físico de forma moderada está asociado con la mejora de la calidad de sueño (Tworoger y cols., 2003).

3.5.3. SEXUALIDAD Y MENOPAUSIA

Los problemas sexuales que pueden aparecer durante la menopausia se dividen en psicológicos, físicos, hormonales y sociales. Dentro de los psicológicos se incluye la disminución del deseo sexual, entre los físicos y hormonales se encuentran el dolor coital y disminución de la respuesta durante el acto; y por último, el principal factor “social” es el relacionado con la pareja (Palacios y Menéndez, 1998).

La relación con la pareja y el estado general de la salud física y psicológica son factores decisivos en el funcionamiento sexual de la mujer en general, pero especialmente durante la etapa climatérica.. Existe una gran variabilidad individual, pues algunas mujeres refieren una disminución de la apetencia sexual, pero muchas otras sienten realmente un mayor interés durante estos años. Se plantea, a modo de hipótesis, que éstas últimas hayan podido sufrir durante muchos años una gran represión en lo que al sexo se refiere, y posiblemente se ha dado la coincidencia, con este periodo de la vida, de un mayor conocimiento en el tema, debido a la gran difusión de temas sexuales por diferentes medios (Sultan y Chambless, 1992).

La experiencia de la sexualidad durante la etapa climatérica es una interacción entre los cambios fisiológicos y psicológicos y los aspectos sociales y familiares que se dan en este período. Muchas mujeres informan que la satisfacción marital aumenta a medida que los hijos se van de casa y las relaciones sexuales de pareja son más libres (Sultan y Chambless, 1992). Sería como una vuelta atrás en el tiempo, remontándonos a antes de que llegaran los hijos. Este es un aspecto positivo de este período, importante a tener en cuenta de cara a la intervención (Fernández y cols., 2000).

Para Neises (2003), durante la menopausia la sexualidad se ve influida por factores como estatus psicosocial, educacional, profesional y las situaciones diarias que provocan estrés, pero, también viene determinada por la historia de experiencias sexuales anteriores a este período. Por este motivo, la relación que se tenga con la pareja y los sentimientos de ambos representan un papel muy importante en el funcionamiento sexual. De cara a la intervención, se hace necesario separar los factores biológicos de los que no lo son, y diseñar intervenciones basadas en la interacción de ambos factores (Alexander y cols., 2003; Palacios y Menéndez, 1998).

Según la OMS (1996) el interés y el apetito sexual pueden disminuir después de producirse la menopausia, pero aún no se conoce qué componentes o factores de esa disminución son atribuibles a la menopausia, al envejecimiento, o a la menor potencia sexual de la pareja. Por otro lado, la terapia hormonal sustitutiva no parece aumentar la libido en las mujeres postmenopáusicas.

Dennerstein, Alexander y Kotz (2003) realizaron una revisión de estudios acerca de la sexualidad durante la menopausia, concluyendo que, con la edad, se observa un descenso en el funcionamiento sexual en la mujer, siendo de forma más acusada durante la transición a la menopausia. Probablemente este declive sea debido a la sequedad vaginal y/o a la dispareunia que aparece durante la menopausia. No obstante, hay pocos estudios longitudinales, basados en población en general, o relacionando la sexualidad con los niveles hormonales, como para obtener datos concluyentes.

Como se comentó anteriormente, la respuesta sexual de la mujer de 60 ó más años también está sujeta a grandes variaciones individuales, pero de forma general disminuye la posibilidad de conseguir pareja, aunque aquellas que la tienen, tienden a mantener su respuesta sexual y en la mayoría de las ocasiones se inicia una disminución lenta y gradual del impulso sexual. La lubricación vaginal se da más lentamente y las contracciones de la vagina durante el orgasmo son menos frecuentes e intensas. Algunas mujeres mayores refieren contracciones dolorosas del útero atrofiado durante el orgasmo. Pero después de todo lo comentado, es de suma importancia destacar que las mujeres, a diferencia de los hombres, siguen siendo capaces, en esta edad, de experimentar orgasmos múltiples. Aunque las mujeres experimentan intensos cambios fisiológicos con la edad, estas modificaciones parece que afectan a su funcionamiento sexual en menor medida que en el caso del hombre, quien padece menos alteraciones fisiológicas reales. Se plantea como hipótesis que a las mujeres les afectan menos los cambios físicos de la

sexualidad y más los aspectos psicológicos aprendidos de la interacción sexual (Sultan y Chambless, 1992).

El que la mujer permanezca sexualmente activa depende de la disponibilidad e interés de su pareja. Cabe destacar que en esta edad la mayoría de las mujeres mantienen relaciones con su pareja, exclusivamente, que en muchos casos se trata de su marido, y con frecuencia mayores que ellas, pues en la sociedad occidental no está socialmente aceptado que una mujer mantenga relaciones con hombres más jóvenes. Esto provoca que a los problemas específicos de las mujeres postmenopáusicas, en lo que a relación sexual se refiere, se añaden los propios del varón. Es decir, en esta edad, los varones presentan más dificultad, por ejemplo, a la hora de conseguir una erección y mantenerla durante más tiempo, dificultando de esta forma la situación sexual de la mujer, pues en la menopausia es necesario un mayor tiempo de excitación ya que la lubricación vaginal es más lenta y escasa. Las parejas mayores refieren que la actividad sexual cesa cuando el varón de la pareja pierde el interés. El hombre mayor soltero generalmente es capaz de encontrar nuevas parejas y a menudo experimenta un resurgir de su interés por el sexo. Es más difícil que una mujer mayor pueda sustituir la pareja perdida. Esto puede suponer el final de la actividad sexual de la mujer mayor, pues con frecuencia la masturbación no suele ser una solución satisfactoria o a tener en cuenta (Malatesta, Chambless y Pollack, 1983).

Algunos estudios han puesto de manifiesto que las mujeres reciben por parte de sus hogares información muy escasa sobre la sexualidad. Así las mujeres jóvenes tras su primera relación sexual pueden tener sentimientos de culpa, ansiedad o decepción a diferencia de los varones (Sorensen, 1973).

La restricción cultural que ha sufrido la mujer junto con su mayor inhibición, ha hecho que en muchas ocasiones se viviera la sexualidad de forma poco gratificante (Freixas, 1992). En otro estudio realizado por Marín (1991) en la Comunidad Valenciana, sólo al 38% de las mujeres climatéricas les apetecían relaciones sexuales y el 60% pensaban que llevaban la peor parte en las relaciones sexuales, condicionado por la falta de información y formación de este tema y por vivencias negativas anteriores. Tras intervención de un programa de Promoción de Salud, el 44% había mejorado en las relaciones con la pareja y el 36% aumentó la frecuencia y satisfacción de sus relaciones sexuales, fundamentalmente con la información y la educación de la salud (Dupuy, Marín y Donat, 1994), aunque en algunos casos se administraban tratamientos locales, principalmente para la sequedad vaginal. Sólo un 5% resultaron ser problemas serios susceptibles de derivación al sexólogo.

La mayoría de las mujeres manifiestan todavía sentirse incómodas al hablar de sus necesidades y preferencias sexuales con su pareja y muchas siguen ignorando su cuerpo y el tipo de estimulación que precisan para responder. Estos déficits tienen consecuencias importantes en el funcionamiento sexual, ya que la asertividad sexual y el conocimiento del propio cuerpo consigue disminuir la ansiedad y aumentar la frecuencia del orgasmo (Sultan y Chambless, 1992).

En esta edad, las parejas suelen mantener un tipo de respuesta sexual muy estereotipado, que en muchos casos no es ni el deseado ni el más gratificante para la mujer. De estudios realizados por Marín y cols. (1996) con una lista de síntomas y enfermedades de 95 ítems; se extrae que las mujeres postmenopáusicas experimentan en un 33% sequedad vaginal y en un 14,70% refieren dolor al realizar el acto sexual; aunque en relación con las diferencias en mujeres de mediana edad y jóvenes, se encontró que las relaciones afectivo sexuales parecen tener un carácter más satisfactorio que la de los jóvenes de uno y otro sexo. Probablemente, en este ciclo las mujeres presentan una gran conformidad en su vida sexual, no exigiendo una mayor dedicación por parte de su pareja, pues, tras una intervención, éstas refieren un aumento en la satisfacción sexual. Del mismo modo, los jóvenes serían menos conformistas y esperarían de sus interacciones sexuales una mayor satisfacción.

Tradicionalmente, la sexualidad femenina se ha relacionado íntimamente con los acontecimientos del ciclo vital, y se ha insistido en la capacidad reproductora como la clave de la sexualidad de la mujer. Sin embargo, la sexualidad femenina no parece verse afectada por el envejecimiento. En ambos sexos, con la edad es más frecuente la disminución de la sexualidad en términos de frecuencia y vigor, pero la capacidad para unas relaciones sexuales satisfactorias se mantienen hasta los 70 y 80 años en personas saludables (Master y Johnson 1966).

La principal fase de respuesta sexual afectada en la menopausia es la de la excitación, puesto que la lubricación se hace más lenta. Los trastornos médicos que se producen en esta fase están por lo general vinculados a la disminución o inhibición en la producción de estrógenos. Así, la causa ginecológica más frecuente de disfunción sexual es la *vulvovaginitis atrófica*. El entroito está seco y enrojecido y se nota una falta de tono muscular y de elasticidad de la vagina. Esto hace que no se desencadenen las siguientes fases de la respuesta sexual, y por tanto, se impide llegar a un orgasmo. De ahí que uno de los trastornos más comunes durante el climaterio sea el trastorno de *excitación femenino*. Esto podría desencadenar otras disfunciones sexuales como la dispareunia y el vaginismo, a la vez que puede provocar una disminución en el deseo

sexual, (*deseo sexual hipoactivo*). A todo esto hay que unir que algunas mujeres refieren dolor durante el orgasmo relacionado con los espasmos uterinos provocados por el mismo (Sultan y Chambless, 1992, y Fernández y cols., 2000) (Ver figura 3.5.).

En cuanto a las hormonas sexuales (andrógenos, estrógenos y progesterona) aumentan el tamaño, la sensibilidad y capacidad de respuesta de los genitales y el pecho. Por ejemplo, la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos durante la menopausia devuelve a la musculatura vaginal atrofiada su tono vaginal y repone la mucosa vaginal perdida, pero las hormonas sexuales femeninas no parecen aumentar la libido. Aunque, si las mujeres se encuentran cómodas con el tratamiento, es posible que el interés sexual aumente (Sultan y Chambless, 1992).

La bibliografía no refleja datos de prevalencia de las principales disfunciones sexuales que aparecen en este ciclo de la vida de la mujer, ni tampoco de trastornos sexuales específicos en la menopausia, aunque sí de sintomatología relacionada con la respuesta sexual. Los diferentes trabajos hablan de *deseo sexual hipoactivo*, *trastorno de excitación femenino* principalmente, lo que podría desembocar en otros trastornos como dispareunia y vaginismo. Del mismo modo, se habla de dificultad en conseguir un orgasmo, pero no de disfunción como tal (Sultan y Chambless, 1992).

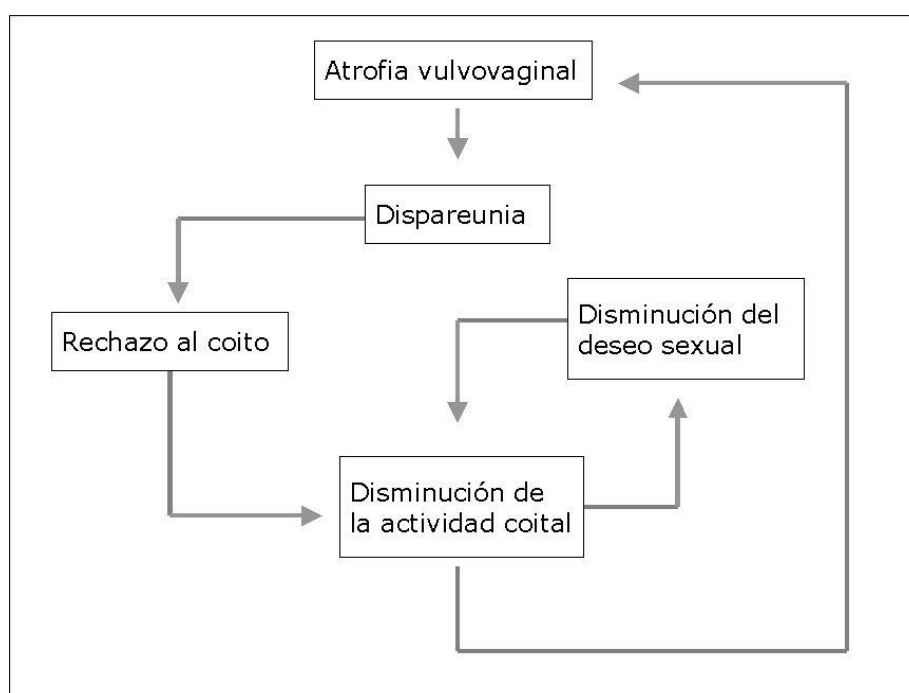


FIGURA 3.7. MODELO EXPLICATIVO DE LA SEXUALIDAD EN LA MENOPAUSIA (FERNÁNDEZ Y COLS., 2000)

Pariser (1998) afirma que el vigor sexual puede continuar en los años maduros de las mujeres siendo beneficioso para su salud, siempre y cuando se mantengan una relación armoniosa y apropiados cuidados médicos. Otro aspecto positivo a realzar en una posible intervención.

Kirchengast (1996) encontró una relación significativa entre el peso (cantidad de grasa corporal) y el grado de pérdida de interés sexual en las mujeres climatéricas. Así se concluyó que las mujeres más corpulentas sufren con más frecuencia importantes pérdidas de interés sexual. Pero, ¿quién es el que verdaderamente pierde el interés, él o ella?.

Se ha encontrado que la satisfacción de las relaciones sexuales de las mujeres menopáusicas está estrechamente relacionada con el ajuste marital no encontrándose relación alguna con la edad (Hawton, Gath, y Day, 1994). En un trabajo donde se estudiaba la relación de hormonas esteroides, menopausia, sexualidad y bienestar en las mujeres sin problemas clínicos de menopausia, Cawood y cols. (1996) encontraron que ninguno de los parámetros hormonales predecían significativamente las medidas de la sexualidad. Los mejores predictores y más importantes fueron otros aspectos de la relación sexual, como las actitudes sexuales y las medidas del bienestar. En este estudio se concluye que la terapia hormonal sustitutiva no debe ser considerada como la panacea para la falta de bienestar, especialmente cuando las relaciones sexuales son pobres, o cuando existe falta de disfrute sexual en mujeres de esta edad; aunque también es posible que tengan efectos beneficiosos en estos factores, en algún grupo de mujeres. El objetivo a investigar sería encontrar estos grupos. Cabe destacar que la limitada evidencia de relaciones entre niveles de testosterona y sexualidad femenina se ha derivado principalmente de estudios con mujeres jóvenes o con problemas cancerígenos. Por lo tanto, es esperable que otros factores tengan igual o mayor potencial en la determinación de la calidad de la vida sexual de estas mujeres.

Por último, la anticoncepción durante el período perimenopáusico es muy importante, sobre todo en la fase premenopáusica, pues mientras exista menstruación antes de producirse la menopausia confirmada, existe riesgo de embarazo. El anticonceptivo ideal para esta fase no existe, como tampoco existe en cualquier otro grupo de edad, por lo que variará en función de cada mujer (Fernández y cols., 2000; OMS, 1996).

4. EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA EN LA MENOPAUSIA

La evaluación de la sintomatología durante la menopausia debe de ser abordada desde diferentes ámbitos de la salud, principalmente médicos (diferentes especialidades) y psicólogos, pero también se puede hacer necesaria la intervención de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales (Larroy, 2004; Managni y cols., 1999).

4.1. CONTROLES MÉDICOS

Durante perimenopausia los controles médicos se hacen imprescindibles (Managni y cols., 1999):

1. Realización de Historia Clínica y exploración general: Médico General
2. Exploración ginecológica, colposcopia y toma de citología: Ginecólogo.
3. Petición de analítica:
 - Hemograma (fórmula, recuentos. Etc.)
 - Bioquímica (glucosa, urea, ácido úrico, GOT, GPT).
 - Perfil lipídico (colesterol total, HDL colesterol, triglicéridos, lípidos totales).
 - Orina (sedimento y anormales)
4. Petición de mamografía.
5. Petición de densitometría.
6. Petición de Ecografía ginecológica, a determinar por el ginecólogo después de la exploración ginecológica.

Mediante los controles médicos se podrá determinar el riesgo de padecer algún trastorno importante: cardiovascular, osteoporosis, y cáncer. Y a su vez determinar si es necesaria la utilización o no de la terapia hormonal sustitutiva.

4.2. ÍNDICE MENOPÁUSICO DE KUPPERMAN Y BLATT

Unos de los instrumentos más utilizados para recoger información acerca de los síntomas durante la menopausia es el *Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt* (1953) o también llamado BMI (Blatt's Menopausal Index). Estos autores, han sido los que más han influido en la apreciación clínica y experimental de la semiología menopáusica (De la Gándara- Martín, 1997). El BMI ha sido ampliamente difundido y utilizado, hasta el punto de haberse constituido

en referencia obligada, para la mayoría de los investigadores de la menopausia. Este instrumento está constituido por 11 síntomas asociados a la menopausia, de carácter físico o somático y psíquico. Cada uno de estos síntomas debe de ser evaluado mediante una escala de severidad de 0 a 3, donde 0 indica ausencia del síntoma y 3 intensidad máxima en el mismo. El índice menopáusico se obtiene multiplicando un factor, dado por los autores, por el índice de severidad indicado por las mujeres. Aquellos síntomas más característicos de la menopausia se les asigna un factor más elevado (concretamente la puntuación o grado de severidad de los sofocos debe de multiplicarse por el factor 4, mientras que el factor destinado para los síntomas parestesias e insomnio es el 2 y al resto de los síntomas le corresponde el factor 1). Un índice menopáusico por de debajo de 15 se considera ligero, entre 15 y 20 ligeramente moderado, entre 20 y 35 de moderado a alto y por encima de 35, severo.

4.3. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y SEXUALIDAD DURANTE LA MENOPAUSIA

En la mayoría de los casos se hace necesaria una evaluación de la sintomatología psicológica, fundamentalmente sintomatología ansiosa y depresiva. Para llevar a cabo esta evaluación existen diferentes instrumentos y entrevistas. Debido a la existencia de gran variedad de instrumentos para evaluar la sintomatología psicológica, el especialista deberá optar por el más adecuado en función de las necesidades del caso.

La evaluación de la vida sexual y los problemas relacionados durante la menopausia se han realizado fundamentalmente mediante autoinformes; a continuación se comentarán algunos de los instrumentos utilizados:

- SAQ (The sexual activity questionnaire) Thisrlaway y cols. (1997) lo utilizaron para estudiar el funcionamiento sexual en mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de mama. Aporta una medida del funcionamiento sexual en las mujeres. De este estudio se dedujo que la frecuencia de la actividad sexual disminuye con la edad.
- Bowles menopause attitudes scale y Midlife Women`s Health Survey (Mansfield, y cols., 1995). Para evaluar cambios en el deseo, disfrute sexual y experiencia en el orgasmo con la pareja. Utilizaron una muestra de 391 mujeres pre y perimenopáusicas con edades comprendidas entre 35 y 55 años. Encontraron que el 46,2% de las

mujeres informaron de un cambio en sus respuestas sexuales durante el último año. Por otra parte, el estado del matrimonio, la edad y la sequedad vaginal predecían significativamente el descenso en el disfrute de la sexualidad.

- Interview ratings of sexual function (IRSF) (Brancroff y cols., 1982); se trata de una entrevista semiestructurada donde se evalúa la frecuencia y descripción de la relación sexual durante tres meses. Consta de cuatro áreas: frecuencia de coito (intercourse frequency), sequedad vaginal (vaginal dryness), dolor (pain) y frecuencia de pensamientos acerca de la sexualidad (frequency of sexual thoughts).
- Frenken sexual experience scales (SES) (Frenken and Vennix, 1981); este instrumento evalúa cuatro áreas: moralidad sexual (the sexual morality scale), estimulación psicosexual (the psychosexual stimulation scale), motivación sexual (the sexual motivation scale) y atracción hacia el cónyuge (attraction to marriage).
- The sexual energy scale (Warnock, 1997); para evaluar el cambio en la experiencia subjetiva de la vitalidad y energía sexual con terapia hormonal sustitutiva con andrógenos.

Por otro lado, comentar que los diferentes investigadores utilizaban en muchos casos entrevistas semiestructuradas donde se incluyen preguntas acerca de su sexualidad.

Por último, es necesario evaluar cómo la sintomatología menopáusica está influyendo en la calidad de vida de las mujeres. Por tanto, para evaluar la eficacia de una intervención no sólo hay que determinarla en términos de alivio sintomático, sino extenderse a la percepción de bienestar general o calidad de vida (Wiklund, 1998). Existen algunos cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida en esta etapa de las mujeres:

- Women's Health Questionnaire (WHQ) (Hunter, 1992); evalúa síntomas vasomotores y somáticos, estado de ánimo, alteraciones cognitivas y del sueño, y el funcionamiento sexual.
- Menopause-specific quality of life questionnaire (MENQOL) (Hilditch y cols., 1996); es un cuestionario diseñado para evaluar el impacto de los síntomas vasomotores sobre los aspectos físicos, psicosociales, sexuales y globales de la calidad de vida.
- Cuestionario de Valoración de Calidad de Vida, en Mujeres de 45 a 64 años (Sánchez- Cánovas, 1999), el instrumento consta de 22 ítems, que evalúa cada uno de

ellos mediante una escala tipo lickert de 1 a 5, en función del grado de acuerdo con el ítem. La escala recoge información de diferentes aspectos de la vida de las mujeres en el climaterio: valoración de la menopausia, ansiedad, depresión, sexualidad, apoyo social y familiar.

5. TRATAMIENTO DE LA MENOPAUSIA

Los tratamientos para la sintomatología de la menopausia se dividen en farmacológicos y no farmacológicos. La intervención farmacológica más extendida es la terapia hormonal sustitutiva. Dentro de los tratamientos no farmacológicos se encuentran los tratamientos psicológicos, y los tratamientos alternativos a la terapia hormonal sustitutiva. Normalmente, las intervenciones no farmacológicas incluyen: ejercicio, dieta sana, suplementos de calcio y vitaminas, disminución en algunos hábitos como el consumo de alcohol, café y tabaco, y relajación. (Carnicer, y cols., 2002; Fernández y cols., 2000).

5.1. TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

Como norma general, la menopausia tiende a ser medicalizada. De hecho, el tratamiento más conocido es la terapia hormonal sustitutiva (THS), sin opción alguna a otra clase de intervención. Algo insuficiente si en este período de la vida de las mujeres afectan más aspectos que los puramente fisiológicos. En este sentido, se está equiparando la menopausia con enfermedad, pero esto, en multitud de ocasiones, no es correcto. Con ello no se pretende afirmar que durante la etapa menopáusica no sea necesario alguna intervención de tipo médico o farmacológico para aliviar o disminuir la sintomatología asociada a ella.

La THS consiste en la administración de estrógenos y/o la de estrógenos y gestágenos. El uso aislado o asociado a los estrógenos de la hormona masculina o testosterona no es frecuente. Aunque existen tres tipos de estrógenos (naturales, equinos y sintéticos), en la actualidad se utilizan los estrógenos naturales y equinos, debido a que estos últimos alteran mínimamente el metabolismo de los lípidos y la glucosa (Cano, 1996; Palacios y Menéndez, 1998). El principio en el que se basa la THS es el de suministrar hormonas cuando la producción natural de las mismas en las mujeres se va debilitando. La THS va dirigida principalmente a dos objetivos (Palacios y Menéndez, 1998):

1. Tratar la sintomatología más desagradable de la menopausia (sofocos, sudores, etc.).
2. Prevenir las consecuencias orgánicas que el déficit hormonal puede conllevar a medio y largo plazo: atrofia genito-urinaria, osteoporosis y riesgo cardiovascular.

La THS se remonta a los años treinta, cuando se empezaron a aplicar inyecciones de estrógeno para combatir los síntomas del climaterio. Esta forma de administración empezó a presentar grandes problemas, por lo que en 1938 se introdujo la píldora de estrógeno. Posteriormente, se comprobó que, al utilizar únicamente el estrógeno podría incrementarse el riesgo de padecer cáncer de útero y de mama. Cundió la alarma cuando se comprobó que podría incrementar hasta siete veces más la probabilidad de padecer cáncer de útero. Por este motivo, la terapia hormonal con estrógenos se combinó con gestágenos (naturales o sintéticos). Con los gestágenos se protege el revestimiento del útero de una sobreestimulación, se previene contra el cáncer y se provoca hemorragias regulares (Glenville, 1998; Palacios y Menéndez, 1998). Se recomienda la utilización de gestágenos naturales (progesterona) puesto que los sintéticos pueden provocar efectos secundarios por derivarse de la testosterona (por ejemplo, ligero aumento de vello).

En las últimas décadas, la terapia hormonal sustitutiva (THS) ha sido considerada como la panacea universal y la solución a todos los problemas de la menopausia (físicos y psicológicos). Es relativamente frecuente encontrar numerosos artículos haciendo referencia a los beneficios de los tratamientos hormonales en este período. La publicidad de la terapia farmacológica para los síntomas de la menopausia, en ocasiones, sugiere no sólo ser beneficiosa para problemas de tipo fisiológico o psicológico, sino que va más allá, pudiendo solucionar problemas maritales, al solucionar los primeros. El hecho de confiar de forma exclusiva en la terapia farmacológica para el tratamiento de la sintomatología menopáusica, puede considerarse un error. Muchos médicos prescriben de forma rutinaria fármacos sin ofrecer otro tipo de tratamiento alternativo, y sin tener en cuenta los numerosos efectos secundarios que pueden aparecer (Strickland, 1992). Por ejemplo, el uso de progestógenos puede provocar efectos hormonales adicionales, masculinos o femeninos: así, en algunas ocasiones puede provocar aumento en los senos y en otras aumento del vello facial (OMS, 1996).

La composición de la THS es muy parecida a la de la píldora anticonceptiva, la diferencia entre ambas estriba en la dosis y la estructura química de los estrógenos presentes en cada una de ellas. Es por ese motivo por el que también provoca efectos secundarios semejantes, es decir, retención de líquidos, jaquecas, depresión, etc. Algo totalmente contradictorio, si lo que se pretende combatir es precisamente sintomatología parecida (por ejemplo, estados depresivos). The Physician's Desk Reference (Glenville, 1998) enumera los efectos secundarios de la THS entre los que se encuentran: aumento o disminución de peso, aumento o blandura de los pechos,

hinchazón, depresión, tromboflebitis, aumento de la presión arterial, caída de cabello, calambres, vulvovaginitis, etc.

La toma continuada y cíclica de estrógenos puede producir una serie de efectos indeseables (Martín e Iglesias, 1999; Carnicer y cols., 2002; Thobaben, 2003; Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2004):

- Metrorragias: Como norma general, la hemorragia inesperada en el curso del tratamiento precisa de un estudio histológico, mientras que la hemorragia por privación no supone patología.
- Adenocarcinoma de endometrio: el tratamiento prolongado con estrógenos solos, no asociados con gestágenos, puede producir una hiperplasia endometrial, lesión premaligna que puede transformarse en adenocarcinoma de endometrio. Esta transformación es más frecuente en la postmenopausia que en la premenopausia y aumenta el riesgo según la intensidad de la atipia. Se ha demostrado que la combinación de gestágenos a los estrógenos protege contra el posible riesgo de producción de cáncer de endometrio. El tratamiento con estrógenos se administra exclusivamente en mujeres histerectomizadas.
- Cáncer de mama: El tratamiento con estrógenos solos durante la menopausia incrementa ligeramente el riesgo relativo de padecer cáncer de mama.
- Enfermedad cardiovascular: Los ensayos clínicos han demostrado un posible aumento de riesgo de morbilidad cardiovascular en el primer año de uso de la THS y ningún beneficio posterior.
- Cáncer de ovario: El tratamiento a largo plazo con THS aumenta el riesgo de cáncer de ovario.
- Hipertensión: En mujeres predispuestas puede provocar un aumento de la tensión arterial. Por tanto, se hace necesario en el uso un control riguroso de la misma.
- Enfermedad tromboembólica: No deben aplicarse estrógenos en cuadros en los que está aumentado el riesgo tromboembólico, puesto que se puede provocar una hipercoagulabilidad.
- En el caso de los parches transdérmicos se puede producir una hipersensibilización por exposición continuada.

- Retención de líquidos: hay que vigilar estrechamente a las pacientes con disfunción renal o cardíaca.
- Otros efectos secundarios: Náuseas o vómitos, edema y aumento de peso transitorio.

Existen diferentes vías de administración de la THS, todas ellas plantean una serie de ventajas e inconvenientes, por lo que a veces debe de ser el especialista el que aconseje la vía de administración más adecuada la paciente (Palacios y Menéndez, 1998; Martín e Iglesias, 1999; Fernández y cols., 2000):

- Comprimidos por vía oral: Se trata del método más clásico y más utilizado por todo el mundo. Por esta vía la hormona va al intestino, donde se absorbe hacia el sistema circulatorio pasando por el hígado. Como inconveniente a esta vía, es que todos los días no se absorbe de igual manera, por lo que puede sufrir alguna pequeña transformación antes de llegar al hígado. En el hígado puede provocar cambios, mejorando los niveles de colesterol y/o aumentando los niveles de triglicéridos. Aunque, en la mayoría de los casos los cambios son imperceptibles.
- Parches: Permiten la colocación directa del estrógeno sobre la superficie de la piel, de forma constante y regular, de modo que la hormona llegará al torrente circulatorio sin haber experimentado modificación alguna y sin haber sufrido un primer paso por el hígado. La cantidad de estrógeno que se administra se controla por el tamaño del parche y el volumen de hormonas contenidas en esa superficie. Se colocan en la zona superior del glúteo o de la cadera o en la zona baja del abdomen. Existen parches que contienen sólo estrógenos y otros que incluyen estrógenos y gestágenos. Se comercializan en diferentes dosis y tamaños. Los parches se colocan dos veces a la semana (cada parche dura entre tres y cuatro días). Los parches presentan el inconveniente de que pueden desprenderse, o provocar irritación en la piel al colocarse, por este motivo cada nuevo parche debe colocarse en una zona distinta a la anterior.
- Crema o gel percutáneo: Se utiliza una dosis específica, de forma diaria y sobre una superficie del cuerpo determinada. Normalmente suelen ser los antebrazos, el abdomen y la cara interna de los muslos. Al igual que los parches se evita el primer paso hepático. El estrógeno llega a través de la piel directamente a la sangre.

- Cremas u óvulos vaginales: Las hormonas se aplican directamente a la vagina en forma de crema u óvulos. En la vagina las hormonas se absorben rápidamente por ser una zona muy vascularizada. Así, la hormona pasa directamente al torrente circulatorio. En general, esta vía está recomendada para pacientes que presenten problemas de sequedad y molestias vaginales y urinarias. En estos casos se administra dosis muy bajas de estrógenos, o se recurre al estriol que por ser un estrógeno natural sólo tiene efecto a nivel local.
- Inyecciones intramusculares: Esta vía también evita el primer paso hepático, al inyectarse las hormonas al músculo. En su composición se incluyen sustancias que liberan las hormonas poco a poco de tal manera que el contenido de la inyección va haciendo efecto diariamente durante un mes. Esta forma de administración se utiliza poco puesto que la absorción es desigual a lo largo de todos los días, siendo mayor en los primeros días de la inyección y más bien escasa en los últimos.

Es imprescindible que exista una aceptación por parte de la paciente que va a utilizar la THS y una individualización de la terapia. Por otro lado, no todas las mujeres en edad perimenopáusica necesitarán la THS, y otras pueden padecer de enfermedades o estar sometidas a riesgos que desaconsejan la THS (Palacios y Menéndez, 1998).

La THS está indicada en los siguientes casos, siempre y cuando no existan contraindicaciones (Palacios y Menéndez, 1998; Martín e Iglesias, 1999; Fernández y cols., 2000):

1. Menopausia precoz, ya sea espontánea o quirúrgica
2. Mujeres con sintomatología menopáusica muy acusada
3. Mujeres con osteoporosis demostrada o con riesgo de presentarla
4. Mujeres con enfermedad cardiovascular o riesgo de padecerla
5. Mujeres que solicitan la THS, y tras ser informadas sobre el riesgo / beneficio, aceptan la THS.

Existen diferentes pautas de administración de la THS (Cano, 1996, Palacios y Menéndez, 1998; Martín e Iglesias, 1999; Fernández y cols., 2000):

- Pauta cíclica: Consiste en la administración de estrógenos y gestágenos de forma cíclica, con un período de descanso libre de tratamiento. Durante los días de descanso

la mayoría de las mujeres presentan sangrados o regla, pero al cabo del tiempo el sangrado tiende a desaparecer.

- Pauta continua: Consiste en la administración diaria de estrógenos, sin descanso. Esta pauta es la preferida en la actualidad por pacientes y especialistas. Se puede prescribir de dos formas:
 - 1 Estrógeno con gestágeno intermitente: El estrógeno se prescribe durante todos los días y el gestágeno para 12 o 14 días. Al finalizar la ingesta de gestágeno se produce un pequeño sangrado.
 - 2 Estrógeno y gestágeno continuos: Consiste en la administración diaria de estrógenos y de pequeñas cantidades de gestágenos. Con esta modalidad se consigue que al cabo de tres o cuatro meses las pacientes no sangren. Se suele aplicar esta pauta a mujeres cuya última regla tuvo lugar más de tres años atrás.
- Pauta en la mujer sin útero: Las mujeres que han sido sometidas a histerectomía no necesitan tomar gestágenos, puesto que sólo se administran para evitar el riesgo de cáncer de útero, por tanto, únicamente se les administran estrógenos.

Siempre se debe prescribir la dosis más baja para conseguir los objetivos deseados y durante el menor tiempo posible. Por ejemplo, para el caso de los sofocos y sudores, pasados dos o tres años de tratamiento, éste puede suspenderse para observar si aquellos han desaparecido totalmente. Lo ideal es comenzar la THS cuando empiezan a manifestarse los primeros signos y síntomas de la disminución estrogénica. Es mejor no establecer la duración exacta del tratamiento al inicio del mismo, puesto que después de cada revisión se debe establecer balance de los beneficios y riesgos que entraña su continuación o no. Antes de comenzar el tratamiento hormonal sustitutivo toda mujer debe pasar por una valoración clínica completa, para descartar posibles contraindicaciones y determinar la existencia o no de osteoporosis y riesgo vascular y la necesidad de administrar la THS (Cano, 1996; Palacios y Menéndez, 1998; Martín e Iglesias, 1999).

El Instituto de la Mujer (1999) aconseja utilizar la THS, sólo en aquellos casos en los que las molestias de la menopausia incapacitan para llevar una vida satisfactoria; recomienda que se lleve a cabo con mucha prudencia. Esta información es de suma importancia, y ha ido cambiando

poco a poco el concepto de la THS como algo altamente beneficioso para toda clase de síntomas acontecidos en la menopausia.

En definitiva, la THS, en ocasiones, puede provocar efectos secundarios peores que los síntomas a los que va destinada a curar. Por lo tanto, el someterse de una forma descontrolada a este tipo de tratamiento puede provocar serios problemas de salud, que en muchos casos se podrían evitar: en aquellas mujeres cuya gravedad de la sintomatología menopáusica no fuera intensa o alta.

Independientemente de los efectos secundarios que la THS puede ocasionar, existe un importante número de mujeres que quedarían totalmente excluidas de la posibilidad de recibir este tipo de tratamiento, pues la THS se encuentra contraindicada en aquellos casos en los que existan miomas uterinos, varices importantes, alteración hepática crónica, diabetes, hipertensión arterial, aumento anormal del colesterol y lípidos, obesidad y en el caso de fumadoras, (Instituto de la Mujer, 1999; Martín e Iglesias, 1999) (Ver tabla 5.1.).

Tabla 5.1. Contraindicaciones para la aplicación de la THS (Instituto de la Mujer, 1999)

Contraindicaciones Absolutas para la aplicación de la THS	Contraindicaciones Relativas para la aplicación de la THS
<ul style="list-style-type: none"> _ Antecedentes de cáncer de mama _ Antecedentes de cáncer de endometrio _ Hemorragias uterinas de causa desconocida _ Antecedentes de tromboflebitis o enfermedad tromboembólica _ Enfermedades hepáticas 	<ul style="list-style-type: none"> _ Miomas uterinos _ Varices importantes _ Alteración hepática crónica _ Aumento anormal del colesterol y los lípidos _ Hipertensión arterial _ Diabetes _ Obesidad _ Tabaquismo

Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2004) cada laboratorio farmacéutico que sea

titular de una especialidad farmacéutica hormonal para la THS debe incluir en el apartado de contraindicaciones lo siguiente:

- Cáncer de mama, antecedentes personales o sospecha del mismo
- Tumores estrógeno dependientes malignos o sospecha de los mismos (por ejemplo: cáncer de endometrio)
- Hemorragia vaginal no diagnosticada
- Hiperplasia de endometrio no tratada
- Tromboembolismo venoso (TEV) idiopático o antecedentes del mismo (trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar)
- Alteración trombofílica conocida
- Enfermedad tromboembólica arterial activa o reciente (por ejemplo: angina, infarto de miocardio)
- Hipersensibilidad conocida al principio activo o a cualquiera de los excipientes
- Enfermedad hepática aguda o antecedente de enfermedad hepática mientras las pruebas de función hepática sigan alteradas
- Porfiria

Recientemente, la AEMPS ha decidido (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2004), siguiendo las recomendaciones del Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano, modificar las condiciones de autorización de todas las especialidades farmacéuticas que contienen terapia hormonal de sustitución. Esta modificación se basa principalmente en tres conclusiones:

1. El balance beneficio / riesgo de la THS es favorable para el tratamiento de los síntomas climatéricos, que afecten negativamente a la calidad de vida, siempre que se utilice la dosis mínima efectiva durante el tiempo de tratamiento más corto posible.
2. El balance beneficio / riesgo de la THS se considera desfavorable para la prevención de osteoporosis como tratamiento de primera línea a largo plazo.
3. En mujeres sin sintomatología, no está justificado el tratamiento con THS.

En la circular 11/2003, la AEMPS (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2004) adopta las recomendaciones de incluir textos relativos a la relación beneficio / riesgo de la THS, teniendo, asimismo, en consideración los nuevos datos disponibles sobre este tratamiento.

Estudios recientes (WHI, 2002; Beral, 2003; Singh, 2003;) han llegado a concluir lo siguiente acerca de la THS:

- Para el tratamiento de los síntomas menopáusicos, la THS presenta beneficios en su uso durante un tiempo de tratamiento reducido. Debe usarse la dosis mínima efectiva y durante el menor tiempo posible.
- La relación de beneficios y riesgos de las THS cuando se utiliza en tratamientos prolongados en la prevención de la osteoporosis propone que no debe ser la primera elección de tratamiento, en mujeres de más de 50 años de edad.
- En el caso de mujeres que hayan experimentado una menopausia prematura (por insuficiencia ovárica, cirugía u otras causas), se puede usar la THS para tratar sus síntomas menopáusicos y prevenir la osteoporosis hasta la edad de 50 años. Después de esta edad, debe revisarse la terapia de prevención de osteoporosis y considerar como segunda elección la THS.
- La THS no tiene ningún beneficio en las mujeres sanas sin síntomas.

Entonces, ¿qué sucede con las mujeres si atraviesan por una menopausia problemática?, ¿no podría efectuarse una intervención alternativa? En este terreno los psicólogos tenemos mucho por hacer, pues, como se expondrá posteriormente, se está empezando a demostrar que la intervención psicológica puede ayudar mucho a estas mujeres.

Respecto a la sexualidad, algunos estudios han concluido los efectos positivos de la testosterona como adjunto a una terapia hormonal sustitutiva con estrógenos. Warnock, Bundren y Morris (1999) realizaron una investigación con mujeres que habían sido sometidas a una total histerectomía abdominal. Éstas presentaban de manera consistente un trastorno de deseo hipoactivo. Tras administrarse niveles fisiológicos de testosterona como adjunto a los estrógenos sustitutivos requeridos mejoraron en su vitalidad y energía sexual, aunque ésta no llegaba a ser tan alta como alguna vez lo fue. Por otro lado, Davis, y cols. (1995) realizaron un estudio prospectivo durante dos años para investigar el efecto a largo plazo en la sexualidad y densidad

del hueso de un tratamiento que consistía en terapia hormonal de estradiol junto con un plus de testosterona. Los resultados indicaban una mejora en la actividad sexual, satisfacción, placer y aumento de número de orgasmos.

Se han realizado varios estudios buscando el perfil de las usuarias de THS. Jacobs y Hyland (2003) evaluaron a una muestra de 935 mujeres, usuarias y no usuarias de la THS. Los resultados indicaron que las mujeres sometidas a THS, a su vez, eran significativamente más consumidores de otra clase de medicación. Por otro lado, las mujeres que utilizaban las THS decían hacerlo porque mejoraba su estado de ánimo, principalmente. En la mayoría de las ocasiones la decisión de comenzar el tratamiento hormonal parte de los profesionales médicos, por lo que se debería ofrecer la mayor información posible a las mujeres de los beneficios y riesgos que entraña esta intervención (Gerend, 2003). Algunos estudios (Haines y cols., 2003) han demostrado que hay culturas, como la china, que no tienen expectativas de éxito en esta intervención.

5.2. OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Para el control de los síntomas de la menopausia existen diferentes fármacos alternativos a la THS, que son utilizados principalmente en aquellos casos donde ésta se encuentra contraindicada. Dentro de los tratamientos hormonales alternativos, los Gonadomiméticos (Tibolona) son los más utilizados. Son esteroides sintéticos capaces de realizar simultáneamente las acciones de todas las hormonas sexuales. Por tanto, tienen acción estrogénica, progestágena, y andrógena de forma débil. Se ha demostrado eficacia a nivel de síntomas vasomotores, psíquicos y en la sexualidad (Fernández y cols., 2000; Carnicer, y cols., 2002). Según diferentes estudios (Rymer y cols., 1994; Palacios y cols., 1995; Narthorst, 1997)) el tratamiento con tibolona mejora el deseo sexual y la excitación, entre otros motivos porque aumenta el fluido vaginal reduciendo considerablemente la sequedad en la vagina.

Diversos estudios han demostrado los efectos beneficiosos de los fitoestrógenos en la sintomatología de la menopausia (Huntley y Ernest, 2004; Suárez, 2004; López, 2003; Duffy, Wiseman, y File, 2003), principalmente, en los síntomas vasomotores. El fitoestrógeno más importante es la isoflavona, y supone una alternativa natural al tratamiento con estrógenos. La estructura de los fitoestrógenos es similar a la de los estrógenos, aunque la acción es más débil que la de éstos. A las isoflavonas se le han atribuido propiedades antivíricas, antibacterianas,

antihipertensivas y antiinflamatorias. Por otro lado, previenen la pérdida de la masa ósea y tiene un efecto protector sobre el sistema cardiovascular, disminuyendo de forma significativa el LDL-colesterol y VLDL-colesterol (Martín e Iglesias, 1999; Fernández y cols., 2000).

Otros de los fármacos utilizados para el alivio de la sintomatología menopáusica son los moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERM). Son sustancias de estructura química heterogénea, que precisan unirse a receptores estrogénicos específicos para desarrollar su acción. Sobre unos tejidos ejercen una acción agonista (estrógenica) y sobre otros actúan como antagonistas (antiestrogénica). Teóricamente, se tratarían de los fármacos ideales en el tratamiento de la menopausia, puesto que tienen los efectos beneficiosos de los estrógenos (sobre el hueso y la enfermedad coronaria), pero sin efecto proliferativo sobre la mama y útero (Marín, 1997). Los SERM se clasifican en dos grupos (Martín e Iglesias, 1999; Fernández y cols., 2000; Carnicer y cols., 2002):

- Derivados del Difenil-trietileno (SERM de primera generación), como por ejemplo el Tamoxifeno, que se utiliza como antiestrógeno en el tratamiento del cáncer de mama. Pero no evita la proliferación del endometrio.
- Derivados del Benzotiofeno (SERM de segunda generación), representado fundamentalmente por el raloxifeno, que a diferencia del anterior mantiene la acción protectora sobre el cáncer de mama sin producir proliferación endometrial. A su vez, éstos presentan un efecto protector sobre el hueso (Delmas, 1997).

Las calcitoninas y los difosfanatos son utilizados para mujeres que presentan una gran pérdida de masa ósea con el objetivo de tratar la osteoporosis. Ambos frenan la reabsorción ósea y la calcitonina además presenta un potente efecto analgésico. A su vez, es recomendable el uso de vitamina D y calcio para dificultar la pérdida de masa ósea (Carnicer y cols., 2002; Fernández y cols., 2000; Palacios y Menéndez, 1998).

Para paliar la sequedad vaginal se utilizan hidratantes vaginales de carácter inocuo, como los geles con policarbofilo que recubren la pared vaginal y liberan de forma inmediata y continuada moléculas de agua hacia el epitelio vaginal proporcionando hidratación y bienestar durante varios días (Palacios y Menéndez, 1998).

5.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DE LA MENOPAUSIA

5.3.1. PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL

Las mujeres en esta edad suelen estar más atendidas en su aspecto asistencial que en el preventivo o de promoción de la salud. Esto parece una contradicción, dado que este período en la vida de la mujer es uno de los más susceptibles de prevención y de mejoras, mediante la atención adecuada y promoción de la salud (OMS, 1981, 1996).

La actuación sobre los estilos de vida tiene más impacto sobre la salud que las acciones sobre el medio, sobre la biología humana o sobre los servicios sanitarios (McKeown, 1982; Cochrane, 1985). Cualquier intervención que se realice sobre los estilos de vida debe incluir la promoción de salud de las personas y la prevención de riesgos específicos. Los programas de promoción de la salud deben dar especial importancia a la educación para la salud e informar de las consecuencias negativas de hábitos nocivos, y los beneficios de mantener una serie de hábitos saludables, así como mantener los deseos de cambio y el mantenimiento de estilos de vida saludables (Marín, 1996).

El objetivo general de un programa de intervención en las mujeres durante el climaterio, como en cualquier otro grupo de edad o colectivo, debe abarcar tanto la prevención de riesgos y problemas de salud, como la mejora de la calidad de vida (WHO, 1990; Dupuy, Marín y Donat, 1994; Martelo, 2002). Durante el climaterio las alteraciones endocrinas y biológicas conllevan un aumento del riesgo para diferentes problemas de salud. Pero también, la falta de recursos personales en cuanto a información y formación, así como recursos sociales y familiares, pueden provocar que la etapa menopáusica se viva en algunas mujeres de forma estresante. Fuh y cols. (2003) concluyeron que la calidad de vida era peor en las mujeres peri y postmenopáusicas que en las premenopáusicas. Esto se podría prevenir con intervenciones dirigidas a aumentar el nivel de información y formación de la mujer, así como su integración social y familiar (Marín, Sánchez- Canovas, y Dupuy, 1995). Algunos estudios (Mansfield, Koch y Gierach, 2003) ponen de manifiesto que las mujeres, durante la transición menopáusica, reciben poco apoyo por parte de sus maridos, principalmente por una falta de información sobre este período. Como consecuencia de ello, no se ponen en marcha las habilidades para prestar el apoyo social adecuado.

La Comunidad Valenciana empezó a implantar en 1992 un Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica (Generalitat Valenciana, 1992) en distintos centros de Atención Primaria. Los objetivos fundamentales de este programa son:

- Mejorar la salud de la mujer
- Prevenir riesgos y problemas específicos
- Garantizar la atención sanitaria en el nivel adecuado
- Aumentar el conocimiento de su situación real de salud
- Mejorar su calidad de vida

Para conseguir estos objetivos se desarrollan actividades tanto de Prevención de enfermedad como de Promoción de Salud:

1. De prevención de Enfermedad:

- Valoración de estado de salud general de la mujer
- Prevención de riesgos cardiovasculares (control de la tensión arterial, lípidos, etc.)
- Prevención de riesgos óseos, valorando el riesgo de osteoporosis y el nivel de capacidad funcional de la mujer mediante cuestionarios y la exploración clínica.
- Prevención de riesgos ginecológicos: detección precoz del cáncer ginecológico y de mama, según el Plan Integral de Lucha contra el Cáncer de la Comunidad Valenciana.
- Prevención de problemas psicológicos y sexológicos
- Detección de cualquier otro riesgo de salud que presente la mujer.

2. De promoción de Salud:

- Actividades de Educación para la Salud: charlas informativas, conferencias de expertos, grupos de trabajo, talleres interactivos, etc.
- Promoción de Salud Física y Psíquica: subprograma específico de gimnasia y relajación que consiste en 2 sesiones de 1 hora y media a la semana con grupos de 15-20 mujeres, tutorizadas durante aproximadamente 3 meses. A los 3 meses se les da el alta de este subprograma, y se mantienen los grupos fuera del Centro de Salud, en otros locales (municipales, de asociaciones, etc.).

El Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica de la Comunidad Valenciana se ha mostrado eficaz en la reducción de la sintomatología menopáusica, la capacidad funcional y la calidad de vida (Marín, Quiles & Pastor, 2001).

Sánchez- Cánovas (1995) realizó un estudio en una localidad de Valencia con mujeres climatéricas, obteniendo que a sólo a un 38% de ellas les apetecían mantener relaciones sexuales, aunque el 60% de éstas pensaban que llevaban la peor parte en sus relaciones sexuales, con respecto a sus parejas. Posiblemente, esto era debido a la falta de información y formación en este tema y por sus vivencias negativas anteriores. Tras pasar por el programa de promoción de la Salud (dentro del Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica en la Comunidad Valenciana), el 44% de las mujeres habían mejorado las relaciones con sus parejas y el 36% habían aumentado la frecuencia y la satisfacción de sus relaciones sexuales, fundamentalmente mediante información y educación para la salud, y en algunos casos mediante tratamientos locales (lubricantes para la sequedad vaginal). Sólo el 5% se mantuvieron con problemas serios, susceptibles de derivación al especialista médico. Con este mismo programa, el 82% había mejorado su capacidad funcional (dolor, rigidez articular y movilidad); el 70% su grado de ansiedad y depresión; el 70% dormía mejor y todos mejoraron su autoestima. El 13% disminuyeron su consumo farmacológico, en fármacos relacionados con alteraciones digestivas funcionales y el 8% en medicación para la ansiedad y la depresión.

De forma similar la Concejalía de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Madrid llevó a cabo desde 1994 un Programa de Asistencia en la Menopausia (Magnani y cols., 1999). Este programa se está realizando desde el ámbito de la Atención Primaria con un abordaje integral y multidisciplinar (médico generales, ginecólogos, psiquiatras, psicólogos, ATS/DUE, trabajadores sociales, y personal auxiliar). Este programa tiene los objetivos generales:

1. Mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de las mujeres durante la etapa climatérica.
2. Realizar el diagnóstico precoz, profilaxis y tratamiento de la patología a largo plazo relacionada con la deprivación hormonal, principalmente en la osteoporosis y cardiopatía isquémica.

Y como objetivos específicos se marcan:

1. Ofertar el Programa a toda la población diana de forma escalonada dando cobertura a todas aquellas mujeres que lo soliciten.

2. Aumentar el nivel de información sobre los cambios biológicos y psicosociales que acontecen durante la menopausia.
3. Mejorar la relación con el propio cuerpo y el ajuste familiar y social, mediante la educación sanitaria y el trabajo en grupo, así como el cambio de hábitos en alimentación, ejercicio físico y hábitos tóxicos.
4. Realizar el diagnóstico precoz y profilaxis de otras patologías prevalentes en este grupo de edad, como son: obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipemias.
5. Realizar el diagnóstico precoz del cáncer ginecológico: cáncer de mama, cáncer de endometrio y cáncer de cérvix.

Para ello utilizaron técnicas de grupo de educación para la salud e información sobre las distintas posibilidades de tratamiento (hormonales y no hormonales). Por otro lado, creen que la enseñanza de técnicas de relajación y autosugestión impartidas por psicólogos son fundamentales para la reducción de los sofocos.

Montealegre, Linares y Sánchez- Ruano (2003) pusieron en marcha un programa de educación para la salud en mujeres climatéricas. Los objetivos del estudio fueron aumentar los conocimientos sobre educación como autoayuda y conocer el estado de salud de las mujeres incluidas en el estudio. El objetivo principal consistió en establecer una relación entre la formación que se les impartió a las mujeres y la repercusión positiva en su estado físico, psíquico y social. Las mujeres eran evaluadas en los siguientes aspectos:

- Sintomatología más frecuente del climaterio, mediante el Índice de Kupperman y Blatt
- Calidad de vida, mediante el Cuestionario de Calidad de Vida de Sánchez-Cánovas (1999).
- Capacidad funcional: mediante un cuestionario para discriminar mujeres sin problemas relevantes de otras con problemas de tipo músculo-esquelético.
- Estado de salud general percibida
- Cuestionario de factores de riesgo de osteoporosis postmenopáusica
- Exploración clínica básica en la consulta de enfermería
- Remisión a consulta de Medicina General para revisión de historia clínica, petición de analítica en casos necesarios, y paso a los especialistas pertinentes.

Todas las mujeres siguieron las siguientes actividades para promoción de la salud:

- Actividades de educación sanitaria: se trataron diversos temas importantes acerca del período de la menopausia (conceptos, sintomatología, posibles enfermedades, sexualidad, importancia de una dieta saludable y ejercicio físico, cuidados de piel e importancia de la reorganización del tiempo).
- Actividades de promoción de la salud física y psíquica: consistía en un subprograma de gimnasia y técnicas de relajación.

Los resultados del programa indicaron una disminución en la inquietud y en la dificultad para dormir. Por otro lado, mejoró la integración social y aumentó el porcentaje de mujeres a las que no les preocupaba ningún aspecto de su salud, tras haber pasado por el programa de intervención. A su vez, disminuyeron de forma significativa las puntuaciones en el índice de Kupperman y Blatt y el 11.8% redujo su peso corporal. Las mujeres alcanzaron un mayor conocimiento de la etapa del climaterio y disminuyeron la ansiedad y la depresión. Los autores concluyen que la intervención educativa tiene un efecto muy positivo (Bertero, 2003), entre otros motivos porque adquieren un mayor conocimiento por lo que disminuye la preocupación y la ansiedad. Se alienta a que se pongan en marcha programas de este tipo para mejorar la calidad de vida de las mujeres en este período y evitar creencias erróneas a través de la información y educación para la salud, el ejercicio físico y la relajación, las alternativas lúdicas y culturales, y en definitiva, una mejor integración física, psíquica y social.

Antes de cualquier tipo de intervención, es necesario promover una serie de medidas encaminadas a promover actitudes y hábitos saludables en relación con la alimentación, ejercicio físico y el consumo de sustancias tóxicas (Marín, 1996; Instituto de la Mujer, 1999; Fernández y cols., 2000; Martelo, 2002; Montealegre, Linares y Sánchez-Ruano, 2003):

1. Alimentación:

Una dieta equilibrada pobre en grasas y rica en calcio, vitaminas y fibra es fundamental para prevenir la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares. El déficit de ingesta de calcio o la mala absorción de éste, están relacionados con el desarrollo de la osteoporosis. El consumo de alimentos ricos en calcio durante la infancia y en períodos especiales como el embarazo o la lactancia retrasa la pérdida de masa ósea en la etapa

postmenopáusica. Los alimentos más ricos en calcio son la leche y sus derivados, pero también algunos frutos, como las aceitunas, los higos secos y los dátiles. Por otro lado, la vitamina D tiene un papel fundamental en la absorción del calcio y su incorporación al hueso. Esta vitamina está presente en alimentos como la yema del huevo y el hígado, y para fijar los efectos de esta vitamina, es necesario la exposición moderada a los rayos solares.

2. Ejercicio físico:

La práctica habitual de ejercicio físico desde la infancia es un factor muy importante para un buen estado de salud. El ejercicio aumenta la masa ósea de forma paulatina hasta los 30 años, dónde se alcanza el pico máximo, y este desciende más rápidamente en las mujeres que en los hombres tras la menopausia. El ejercicio estimula el desarrollo y la respuesta muscular, mejorando así la calidad del hueso y disminuyendo la tasa de fracturas. Por otro lado, el ejercicio hace trabajar al corazón y aumenta los niveles de HDL colesterol ayudando a evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares, el sobrepeso y la hipertensión.

Durante la menopausia no es necesario que las mujeres que nunca han practicado deporte lo hagan, caminar es uno de los mejores ejercicios. Es recomendable la práctica de paseos durante 3 horas a la semana. La combinación de dieta y ejercicio es más eficaz que la dieta sola para prevenir trastornos cardiovasculares, hipertensión, obesidad y trastornos osteoarticulares.

3. Hábitos tóxicos:

Es recomendable evitar hábitos tóxicos como el tabaco, alcohol y las bebidas excitantes. El tabaco y el alcohol están implicados en la destrucción ósea, por lo que son factores de riesgo para la aparición de la osteoporosis. Las bebidas excitantes aumentan la excreción de calcio por la orina, por tanto, se recomienda su uso con moderación.

5.3.2. INTERVENCIÓN COGNITIVA-CONDUCTUAL EN LA MENOPAUSIA

Los tratamientos psicológicos para la menopausia han arrojado resultados prometedores, incluyendo técnicas de relajación y asesoramiento para cambiar creencias erróneas como las propuestas de Freedman y Woodward (1992). Estos autores demostraron que las técnicas conductuales eran eficaces en la reducción de la intensidad y la frecuencia de los sofocos.

Germaine y Freedman (1984) concluyeron tras un estudio que los sofocos en las mujeres menopáusicas son similares a los provocados por el calor, por lo que diseñaron un procedimiento de laboratorio para provocar los sofocos. Posteriormente entrenaban a las mujeres en relajación muscular y los sofocos se reducían de forma significativa. Stevenson y Delprato (1983) también encontraron un descenso en la frecuencia y duración de los sofocos, tras entrenar a un grupo de mujeres en etapa menopáusica, en diferentes técnicas de reducción del estrés y temperatura. Las técnicas utilizadas fueron: relajación, autosugestión con pensamiento e imágenes en frío, contrato de contingencia marital y feedback con temperatura. Los resultados se mantuvieron después de 6 meses.

El abordaje de la menopausia desde la perspectiva cognitivo-conductual es muy reciente y los trabajos son escasos, pero es importante citar algunos, como el de Hunter y Liao (1996), que diseñaron una intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de los sofocos menopáusicos. Como ya se comentó, los sofocos son susceptibles de ser tratados mediante la THS, pero en muchos casos no son totalmente erradicados con este tipo de tratamiento o este tratamiento no es posible. Estos autores reclutaron una muestra de 52 mujeres, que optaban entre dos posibles tratamientos (THS y tratamiento cognitivo –conductual), o bien la ausencia de ambos (no tratamiento). Las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizaron para controlar los sofocos fueron, lenguaje auto-tranquilizador, relajación (Bernstein & Borkovec, 1973), respiración profunda e identificación y reducción de los precipitantes o exacerbantes de los sofocos (disputas, comidas picantes, etc.). El entrenamiento se llevó a cabo en cuatro sesiones de una hora, distribuidas en torno a seis u ocho semanas. Se comparó la eficacia de ambos tratamientos en la disminución del número de sofocos y su grado de malestar. Del mismo modo, se comparó el grupo que pasó por el tratamiento cognitivo-conductual, con el grupo que se encontraba en lista de espera. La THS y el tratamiento cognitivo-conductual disminuyeron de forma significativa la frecuencia de los sofocos, pero la terapia cognitivo conductual también redujo significativamente la ansiedad y la valoración negativa de los sofocos. Los cambios se mantenían a los tres meses del seguimiento. Por tanto, la terapia cognitivo-conductual podría ser especialmente útil para el tratamiento de los sofocos que interactúan con sentimientos de malestar y ansiedad, así como para aquellas mujeres que no deseen o no puedan ser tratadas mediante una THS.

Trabajos posteriores (Hunter, 2003; Keefer, 2003) muy similares al diseñado por Hunter y Liao (1996) vuelven a demostrar la efectividad de la intervención cognitivo-conductual en la reducción de los sofocos y los sudores nocturnos durante la etapa perimenopáusica.

Otro de los trastornos con los que se ha trabajado es la hipertensión arterial (HTA). Puesto que durante la menopausia es uno de los síntomas más frecuentes, Camuñas y cols. (2001) pusieron en marcha una intervención psicológica en 10 mujeres menopáusicas con hipertensión. Dentro de los trastornos cardiovasculares las variables emocionales (ansiedad, ira y estrés) cobran una consideración especial. El objetivo del programa de la intervención era disminuir la tensión arterial mediante el manejo de la ansiedad y la mejora sobre el control y la expresión de la ira, así como la modificación de hábitos de vida no saludables. El programa constaba de 15 sesiones distribuidas en los siguientes módulos: información, técnicas psicofisiológicas, aprendizaje de hábitos de vida saludables, entrenamiento en solución de problemas y control de ira. Se utilizaron el ISRA (Miguel y Cano, 1994), el STAXI (Spielberger, 1988, 1991) y un esfigmomanómetro de presión en la evaluación pretratamiento, tratamiento, postratamiento y seguimiento. Los resultados indicaron un descenso significativo de la ansiedad, en el rasgo de ira y en la HTA en sus dos medidas (sistólica y diastólica), y seis de las mujeres participantes suspendieron la medicación antihipertensiva por prescripción médica. A los cinco meses del tratamiento se seguían manteniendo los resultados obtenidos en la situación postratamiento.

Sueiro y cols. (1999) pusieron en marcha un programa de promoción de la salud, para un grupo de mujeres climatéricas. El programa se aplicó a 8 mujeres menopáusicas con edades comprendidas entre los 45 y 55 años, que manifestaban sintomatología depresiva, que no había cedido después de haber sido tratadas durante año y medio con THS. Estas mujeres no estaban sometidas a tratamiento psiquiátrico, y presentaban todas ellas una puntuación igual o superior a 6 puntos en la escala de Salud General (Golberg y Blacwell, 1970). A cada una de las mujeres se les hizo una historia en la que se recogieron variables de tipo médico, social y psicosexual; nivel económico, actividad laboral, tipo de convivencia, tipo de menopausia, ansiedad, depresión y calidad de vida. Las tres últimas variables fueron evaluadas al comienzo, al finalizar y después de un año de haber concluido el programa. Todas pasaron por estos tres momentos de la evaluación. Se utilizó una metodología cuasi-experimental con un diseño pre y postratamiento sin grupo control. El estado de salud de cada mujer se evaluó mediante los inventarios de depresión y ansiedad de Hamilton (1960, 1959) y el cuestionario de calidad de vida de Ruiz y

Baca (1991). Durante el programa se llevaba a cabo una evaluación continuada de las variables ansiedad y depresión. Plantearon como hipótesis que la depresión se da más frecuentemente en la mujer que en el varón durante el climaterio y que el bienestar durante el climaterio parece estar relacionado con tres situaciones personales: estar casada, tener hijos y trabajar fuera de casa, siendo esta última la que amortigua los problemas personales y familiares. Esos hechos ocurren por una serie de razones que ellas enumeran:

1. Carencia de conocimiento y habilidades ante una nueva situación que se les plantea.
2. Pérdida de refuerzos positivos; cambios físicos que experimenta su propio cuerpo, y cambios en las relaciones familiares.
3. Bajo nivel de autorreforzamiento, lo que conduce a estados de desvalorización y a una falta de motivación, provocando la depresión.
4. Disfunción cognitiva: autoinstrucciones negativas, ante la situación que se está viviendo, atribuciones sobre sí misma, atribuyéndose la responsabilidad de todo lo negativo que sucede, percepción selectiva y negativa de su realidad y también el hecho de magnificar y/o minimizar y generalizar sobre lo que acontece.
5. Este grupo investigador considera que la información es el punto de partida en cualquier programa de modificación de conducta.
6. Deben ofrecerse a estas mujeres alternativas para que les resulte más fácil adoptar un comportamiento nuevo y más saludable.

Se plantearon como objetivo del programa, el control de la ansiedad, relajación, la comunicación y la creación de redes sociales para mejorar la calidad de vida de este grupo de mujeres. La intervención psicológica diseñada constituye una forma breve de terapia cognitivo-conductual en grupo, utilizando metodología psicoeducativa. Para alcanzar estos objetivos se realizó lo siguiente:

1. Control de la ansiedad con una duración de 2-3 sesiones (información, imaginación, desviación del pensamiento, parada de pensamiento y autoverbalizaciones).
2. Relajación muscular progresiva en tres sesiones.

3. Comunicación y resolución de problemas durante 2 sesiones y formación de redes sociales con una duración de otras dos sesiones. El programa constaba de once sesiones durante una hora y media cada una de ellas, un día a la semana.

Los resultados indicaron un descenso significativo en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de ansiedad y depresión. También se detectó un aumento en la calidad de vida, aunque no fue significativo. Todas las sesiones fueron consideradas útiles, y las mujeres manifestaron de manera subjetiva sentir una mejoría en la sintomatología menopáusica (ganas de llorar por cualquier motivo, sensación de que le va a estallar la cabeza, insomnio, sensación de ahogo, aburrimiento, apatía, falta de ilusión, etc.). Con la aplicación de este programa se cumplieron diferentes funciones: educativa, socializadora, terapéutica e investigadora. Las autoras reconocen que la muestra no fue suficientemente grande para establecer resultados concluyentes de las variables estudiadas, pero debido a los buenos resultados animaron a la replicación del programa con muestras más amplias.

6. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA SINTOMATOLOGÍA DE LA MENOPAUSIA

6.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Como se ha comentado en el capítulo 3, la THS ha sido la intervención por excelencia para la sintomatología menopáusica, pero ésta presenta numerosas contraindicaciones y efectos secundarios (Instituto de la Mujer, 1999; Martín e Iglesias, 1999; Carnicer y cols., 2002; Thobaben, 2003), por lo que no debería utilizarse como primera opción de intervención (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2004). Por lo tanto, se hacen necesarias alternativas de intervención en la menopausia carentes de efectos secundarios y contraindicaciones. A pesar de ello, se han realizado pocos trabajos en busca de estas alternativas terapéuticas para las mujeres en la menopausia.

Por otro lado, se ha demostrado en diferentes trabajos (Hernández, De la Gándara-Martín y Sánchez, 2003; Morrinson y cols., 2004) que la THS no es efectiva en la remisión de la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres menopáusicas. En este sentido, la intervención psicológica actuaría como coadyuvante a la terapia hormonal en aquellas mujeres en las que la THS fuera necesaria y presentaran síntomas de tipo psicológico.

Los programas de intervención enfocados al climaterio deben ofrecer una visión integral de los factores que influyen en la menopausia y, a su vez, contemplar la prevención de trastornos específicos tras ésta, la promoción de la salud, el tratamiento de los problemas de salud específicos de este período y la mejora de la calidad de la vida de las mujeres afectadas.

Como se ha comentado en el capítulo anterior, en la actualidad se están llevando a cabo, en diferentes lugares de España, programas de intervención integral para la menopausia (Montealegre, Linares y Sánchez- Ruano, 2003; Magnani y cols., 1999; Marín, Quiles & Pastor, 2001; Generalitat Valenciana, 1992); aunque son escasos y no aportan técnicas cognitivo-conductuales para modificar conductas inadecuadas durante la etapa menopáusica, centrándose escasamente en aspectos psicológicos.

Algunos trabajos son más completos, como, por ejemplo, el elaborado por Sueiro y cols. (1999), comentado de manera más detallada en el capítulo 5. Mediante este trabajo ha quedado demostrado que los estilos de la vida de las mujeres son los que hacen más susceptible la aparición de la ansiedad y la depresión. Pero éste se centra de forma exclusiva en la

sintomatología psicológica y la mejora de la calidad de vida en la etapa climatérica, obviando aspectos de promoción de la salud física o prevención de determinados trastornos tras la menopausia. Por otro lado, no ofrece técnicas específicas para el control de determinados síntomas físicos, como, por ejemplo, la incontinencia urinaria.

Así mismo, son escasos los trabajos que han utilizado un grupo control y seguimiento del programa de intervención, para demostrar la eficacia del mismo (Hunter y Liao, 1996).

El programa de intervención que a continuación se presenta, se ha basado en los resultados experimentales de programas terapéuticos para la menopausia, pero tras las consideraciones anteriores, se ha observado la necesidad de elaborar y someter a prueba un programa de intervención para la menopausia, buscando una integración de los diferentes aspectos convergentes en esta etapa de la vida de la mujer (físicos, psicológicos y socioculturales), aportando alternativas al tratamiento médico y, a su vez, ofreciendo una estrategia asistencial, preventiva y educativa, y con la utilización de un grupo control.

6.2. PROPUESTA DE PROGRAMA

El programa de intervención que se ha elaborado y sometido a prueba experimental en la presente investigación consta de los siguientes componentes:

1. Educación del proceso de la menopausia:

La información es un factor primordial en cualquier programa de intervención (Marín, Sánchez-Cánovas, Dupuy, 1995; Sueiro y cols., 1999; Magnani y cols., 1999), máxime en la menopausia, por tratarse de un tema relativamente tabú y centro de mitos o falsas creencias en diferentes sociedades y culturas (Marín, 1996). Antes de intervenir deben aclararse todas las dudas e incógnitas acerca de este proceso de la vida de la mujer. La educación puede aportar efectos muy positivos (Bertero, 2003) reduciendo la preocupación y la ansiedad ante un evento desconocido. Para una mujer es necesario conocer que cambios puede experimentar a corto, medio y largo plazo como consecuencia de la menopausia, y por otro lado, que técnicas se pueden utilizar para contrarrestarlos.

2. Relajación muscular progresiva y respiración diafragmática:

Diferentes trabajos (Stevenson y Delprato, 1983; Germaine y Freedman, 1984; Freedman y Woodward, 1992; Hunter y Liao, 1996; Sueiro y cols., 1999; Camuñas y cols., 2001; Hunter, 2003; Keefer, 2003) han utilizado las técnicas de relajación y respiración para el alivio de la sintomatología menopáusica.

La relajación y la respiración son técnicas destinadas para la desactivación del sistema nervioso autónomo y, por tanto, para la reducción de la ansiedad y el estrés. Anteriormente, se comentó que diferentes trabajos han encontrado una relación entre el estrés y la aparición de sofocos (Swartzman y Edelberg, 1983; Gannon y cols., 1987; Swartzman, Edelberg y Kerman, 1990), así, la prevalencia de los sofocos aumenta significativamente durante la realización de tareas estresantes.

Ambas técnicas se han utilizado especialmente para la reducción de los síntomas vasomotores (sofocos y sudores nocturnos), el insomnio y la ansiedad, aunque también ayudan al alivio de la sintomatología en general, contribuyendo a mejorar la valoración subjetiva de la experiencia menopáusica.

3. Promoción de la salud, mediante aspectos educativos en ejercicio y nutrición:

El objetivo de esta estrategia es destacar la importancia de unos hábitos de saludables para la prevención de la aparición de trastornos tales como la osteoporosis y trastornos cardiovasculares (OMS, 1996; Palacios y Menéndez, 1998; Rosario y cols., 2003). En esta etapa de la vida de las mujeres, la práctica de ejercicio y una adecuada nutrición son fundamentales para evitar la aparición de determinados síntomas relacionados con la menopausia.

4. Entrenamiento en ejercicios de Kegel y opciones para combatir la sequedad vaginal:

Se hace necesario abordar los trastornos de la musculatura del suelo pélvico en la postmenopausia, promoviendo técnicas de intervención para la prevención y el tratamiento de éstos. Los más utilizados son los llamados “ejercicios de Kegel” utilizados en diferentes programas de intervención durante la menopausia (Magnani y cols., 1999; Fernández y cols., 2000).

Por otro lado, es importante transmitir información sobre las opciones existentes para combatir la sequedad vaginal, el escozor, el picor y el dolor en las relaciones sexuales, así como

educar en aspectos sexuales durante esta etapa (Palacios y Menéndez, 1998; Instituto de la Mujer, 1999).

5. Identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales:

Durante la menopausia pueden darse en las mujeres una serie de creencias irracionales o preocupaciones excesivas (Sueiro y cols. , 1999), representando éstas un papel muy importante en el desarrollo de alteraciones emocionales y conductuales. Por ello, se debe entrenar en una serie de técnicas que ayudarán a la identificación y corrección de estas distorsiones cognitivas, disminuyendo dichas alteraciones.

6. Entrenamiento en solución de problemas y en administración del tiempo:

El entrenamiento en técnicas de solución de problemas puede reducir los conflictos que se generen en las relaciones familiares y sociales de las mujeres en esta etapa, sobre todo si se está viviendo de forma negativa, y si se carece de los recursos necesarios para la solución acertada (Sueiro y cols. , 1999). Por este motivo es importante aprender a llegar a acuerdos, y escoger la alternativa de respuesta más adecuada en cada situación y resolver dichos conflictos. Gracias a este componente se puede reducir la ansiedad y/o depresión que generen esos conflictos, aumentando de este modo la calidad de vida y con ello la autoestima.

En la etapa menopáusica muchas mujeres pueden llegar a realizar múltiples actividades suponiendo para éstas importantes problemas. Es por ello, que la administración del tiempo sea un factor fundamental para impedir altos niveles de ansiedad y preocupación, actuando de manera asertiva. Es importante buscar alternativas y establecer prioridades para controlar adecuadamente el tiempo, y reservar parte de éste para actividades placenteras o de ocio.

La elección de todos estos componentes se ha basado en los resultados positivos de éstos en otros programas de intervención para la menopausia, buscando un programa terapéutico que integre y abarque los diferentes aspectos que acontecen en la etapa menopáusica, ofreciendo alternativas, complementarias o eficaces por sí mismas, al tratamiento farmacológico.

PARTE EMPÍRICA

7. OBJETIVO E HIPÓTESIS

7.1. INTRODUCCIÓN

El abordaje de la problemática durante la menopausia se ha llevado a cabo en su mayor parte desde el ámbito médico, centrándose principalmente en la sintomatología física y aplicando tratamientos hormonales y farmacológicos. Pero como se ha demostrado, en esta etapa influyen e interfieren diferentes aspectos: somáticos, psíquicos, familiares y socioculturales (Sánchez-Cánovas, 1996), para los cuales estos tratamientos no parecen mostrarse eficaces (Hernández, De la Gándara- Martín y Sánchez, 2003; Morrison y cols., 2004; Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2004).

Por este motivo, de cara a la intervención durante la menopausia se hace necesaria una visión integral, y así lo han demostrado diferentes trabajos (Montealegre, Linares y Sánchez-Ruano, 2003; Magnani y cols., 1999; Marín, Quiles & Pastor, 2001; Generalitat Valenciana, 1992).

Por otro lado, el aprendizaje y puesta en marcha de diferentes técnicas cognitivo-conductuales pueden aliviar la sintomatología física y psicológica, repercutiendo, a su vez, en una mejora en la calidad de vida (Hunter y Liao, 1992; Sueiro y cols. , 1999).

7.2. OBJETIVO

Así pues, dada la carencia de alternativas terapéuticas a la terapia hormonal sustitutiva que aborden la sintomatología menopáusica y los diferentes aspectos que influyen en esta etapa, y la incapacidad de los tratamientos hormonales para la remisión de la sintomatología psicológica en la etapa climática, se plantea como objetivo de la presente investigación:

Establecer un programa de intervención cognitivo-conductual eficaz para mujeres climáticas con sintomatología menopáusica.

7.3. HIPÓTESIS

Se pusieron a prueba las siguientes hipótesis de trabajo:

H₁. Si el tratamiento cognitivo-conductual es más eficaz que la ausencia de éste, entonces:

H_{1a}. Habrá un grado significativamente mayor de remisión de sintomatología psicológica y física asociada a la menopausia en las mujeres en la situación postratamiento y seguimiento que en la situación pretratamiento.

H_{1b}. Habrá un grado significativamente mayor de remisión de sintomatología psicológica y física asociada a la menopausia en las mujeres asignadas a la condición experimental que en las asignadas al grupo control.

H_{1c}. Habrá un grado significativamente mayor de mejoría en la variable calidad de vida en las mujeres en la situación postratamiento y seguimiento que en la situación pretratamiento.

H_{1d}. Habrá un grado significativamente mayor de mejoría en la variable calidad de vida en las mujeres asignadas a la condición experimental que en las asignadas al grupo control.

8. MÉTODO

8.1. DISEÑO

Se utilizó un diseño cuasi experimental de grupos equivalentes con medidas repetidas y condición control.

8.1.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

La variable independiente o manipulada consiste en un programa de intervención cognitivo-conductual, para la sintomatología asociada a la menopausia. Se establecen dos condiciones:

1. Presencia de tratamiento.
2. Ausencia de tratamiento: esto es la situación anterior al tratamiento y para el grupo control.

8.1.2. VARIABLES DEPENDIENTES

La sintomatología relacionada con la menopausia, psicológica (la ansiedad y la depresión) y física (descrita a continuación), así como la calidad de vida, constituirán las variables dependientes de la presente investigación.

Operacionalmente se midió de la siguiente manera:

1. **La sintomatología física asociada a la menopausia:** Variable cuantitativa medida a través del *Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt* (1953), que evalúa los siguientes síntomas relacionados con la menopausia: sofocos, parestesias (alteraciones sensitivas), insomnio, nervios (concepto general referido como síntoma físico y/o psíquico), melancolía (tristeza), vértigo, fatiga, mialgias, cefaleas, palpitaciones y disestesias (hormigueos).
2. **Sintomatología psicológica:** Aunque el *Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt* mide dos síntomas psicológicos (nervios y melancolía), se estableció la necesidad de evaluar adecuadamente la sintomatología ansiosa y depresiva que pudiera aparecer durante la menopausia. Por tanto, la sintomatología psicológica constituiría una variable

cuantitativa medida a través de la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, Zigmond y Snaith, 1983).

3. **Calidad de vida:** Variable cuantitativa medida a través del "Cuestionario de valoración de Calidad de Vida, en Mujeres de 45 a 64 años" de Sánchez-Cánovas (1999).

8.1.3. VARIABLES EXTRAÑAS O CONTAMINADORAS

ASIGNACIÓN DE LAS PARTICIPANTES A LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL

Por cuestiones éticas y por depender de instituciones públicas, se decidió admisión previa al programa de intervención a todas aquellas mujeres que lo demandaran en los centros en los que se llevara acabo ésta y buscar el grupo control por otros medios.

No obstante, se midió posteriormente si ambos grupos (experimental y control) eran equiparables en la situación pretratamiento en cuanto a la sintomatología relacionada con la menopausia y calidad de vida. De este tema se hablará en el apartado de resultados.

Por otro lado, se utilizó la medida pretest para evaluar los criterios de inclusión del grupo clínico objeto del presente estudio. Se tomaron como criterios obtener una puntuación igual o superior a 8 en las escalas de ansiedad y/o depresión del HADS, así como haber obtenido una puntuación igual o superior a 20 en el Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt. Ambos límites en las puntuaciones de estos inventarios indican presencia de sintomatología moderada o elevada en el caso del Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt, y valor borderline o morbilidad en el cuestionario del HADS. De este modo aquellas mujeres que cumplieran estos criterios pertenecerían al grupo clínico y el resto al denominado grupo subclínico. Este último también recibiría el programa de intervención y su posterior análisis de resultados, aunque no fuera el grupo de mujeres objetivo de la investigación.

Esta investigación contaba con una variable extraña muy importante, la terapia hormonal que pudiera estar siendo aplicada a algunas de las mujeres objeto de nuestro estudio. Para evitar la posible interferencia en los resultados del estudio se decidió que en la presente investigación no se admitiera a ninguna mujer que estuviera siendo sometida a tratamiento hormonal o que lo haya estado anteriormente.

TERAPEUTAS

El programa de intervención fue llevado a cabo por las psicólogas alumnas del Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la U.C.M. Por razones externas a la investigación, se realizaron parejas de terapeutas para cada uno de los centros. Al finalizar la investigación se midió la posible interferencia de esta variable en la situación postratamiento.

OTRAS VARIABLES

Asimismo, se midieron variables demográficas (edad, situación laboral, estado civil etc.), con el fin de obtener más datos de la muestra y comprobar la homogeneidad en estas variables de los diferentes grupos. Aunque en esta ocasión únicamente la edad podía actuar como variable extraña. Por este motivo, se controló que todas las mujeres tuvieran edades cercanas a los 45 y 65 años, intervalo de edad donde es más común la aparición de la sintomatología menopáusica. Por otro lado, se estableció que ambos grupos (experimental y control) fueran equiparables en cuanto a la variable edad.

8.2. PARTICIPANTES

8.2.1. RECLUTAMIENTO Y CAPTACIÓN DE LOS SUJETOS

Se contactó con las Concejalías y Casas de La Mujer de diferentes ayuntamientos de la Comunidad de Madrid donde se realizaban actividades recreativas y de ayuda a la mujer, con el fin de ofrecer un programa de intervención cognitivo-conductual en la menopausia, destacando la importancia de los factores psicosociales en la aparición de la sintomatología en esta etapa.

En estos centros se invitó a que las mujeres con sintomatología menopáusica participaran en la presente investigación. Se tomaron las direcciones y números de teléfonos de las mujeres que se presentaron voluntarias a recibir dicho tratamiento, para confirmar los grupos de tratamiento y fecha de inicio del mismo.

El grupo control se reclutó a través de la técnica de “la bola de nieve”. Es decir, en primer lugar se contactó con unas mujeres y gracias a éstas se fue obteniendo más muestra. Para hacer

más homogéneos los grupos, la muestra del grupo control se reclutó en las mismas localidades en donde tuvo lugar la impartición del programa de intervención y en localidades cercanas a éstas. Es su caso, se les informó de que sólo debían responder a una serie de preguntas acerca de su estado actual relacionado con su etapa climatérica en diferentes momentos.

8.2.2. MUESTRA

La investigación iba dirigida a una población específica, concretamente a mujeres perimenopáusicas o climatéricas con presencia de sintomatología asociada a la menopausia. El grupo de tratamiento estuvo inicialmente formado por 64 mujeres que acudieron a recibir dicho programa, tanto para aliviar la sintomatología relacionada con la menopausia, como para recibir información y aprendizaje de técnicas para enfrentarse adecuadamente al climaterio. Pero a lo largo del programa causaron baja 15 de ellas por diferentes causas, (incompatibilidades en el horario, problemas familiares, etc.) por lo tanto, 49 fue el número final que constituyó el grupo de trabajo. De estas 49 mujeres, 28 de ellas constituyen el denominado grupo clínico (en función de las puntuaciones obtenidas en el *Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt* y el HADS).

Como se ha comentado anteriormente se consideró adecuado establecer unos criterios diferenciales en la muestra con el fin de discriminar que mujeres de las que acudían a recibir intervención poseían síntomas moderados o graves relacionados con la menopausia, puesto que el programa se diseñó para la reducción de dicha sintomatología. Poseer una puntuación mayor o igual a 20 puntos en el *Índice de Kupperman y Blatt* denota la presencia de una sintomatología de moderada a alta. Puesto que la intervención también iba dirigida a la reducción de la sintomatología psíquica asociada a la menopausia, se estableció del mismo modo un punto de corte en las puntuaciones obtenidas en el cuestionario HADS, estableciéndose éste en 8 puntos en una o ambas escalas (ansiedad y depresión). El grupo clínico debía cumplir las dos condiciones, de esta forma se obtenía un grupo de mujeres con ambos tipos de síntomas, físicos y psíquicos, así mismo se reducía la posibilidad de que los síntomas psicológicos no fueran debidos a la presencia de la menopausia. El grupo subclínico estaría, por tanto, formado por el resto de las mujeres que acudieron a participar al programa de intervención y que, mostrando sintomatología, no podía considerarse ésta grave para la mujer.

En el presente estudio no interesó tanto si se había producido o no una menopausia confirmada, como la existencia de sintomatología, pues tanto en la etapa premenopáusica, como

en la postmenopáusica se puede producir la aparición de estos síntomas. Del mismo modo, la edad de la muestra quedaba comprendida entre los límites en donde es más característica la aparición de la sintomatología (Sánchez-Cánovas, 1996).

El grupo clínico experimental estaba formado por 28 mujeres con una media de edad de 48.86 años y un rango entre los 42 y 56 años (D.T.=3.61). Todas ellas cumplían los criterios de inclusión para pertenecer al grupo clínico.

Por otro lado, 21 mujeres integraban el grupo subclínico (también experimental, puesto que recibió el programa de intervención). Estas mujeres acudieron sobre todo a recibir información, a aprender técnicas para controlar sintomatología asociada a la menopausia para en el futuro poder aplicarlas, y para reducir los síntomas que ya presentaban. Las edades quedaban comprendidas entre los 43 y 56 años, siendo la media de 47.67 años (D.T.=3.70).

El grupo control estaba compuesto por 25 mujeres, todas ellas cumplían los criterios de inclusión del grupo clínico y mostraban, por tanto, características semejantes al grupo clínico experimental. La media de edad era de 49.88 años y el rango oscilaba entre los 44 y 55 años (D.T.= 2.65).

En la tabla 8.1. se describen las variables sociodemográficas de la muestra.

Tabla 8.1. Variables sociodemográficas de la muestra.

VARIABLES	Vs. SOCIODEMOGRÁFICAS					
	GRUPO CLINICO EXPERIMENTAL (N=28)		GRUPO SUBCLINICO EXPERIMENTAL (N=21)		GRUPO CONTROL (N=25)	
	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}
EDAD		48,86		47,67		49,88
ESTADO CIVIL						
CASADA	89,3%		100%		76%	
SEPARADA	10,7%		0%		24%	
SITUACIÓN LABORAL						
ACTIVA	10,7%		14,3%		28%	
AMA DE CASA	85,7%		71,4%		72%	
PARADA	3,6%		14,3%			
Nº DE HIJOS		2,32		2,38		2,20
POBLACION DE ORIGEN/ CENTRO IMPARTICIÓN DEL PROGRAMA						
Concejalia Mujer Leganés	42,9%		9,5%			
Casa de Mujer Fuenlabrada	50%		76,2%			
Concejalia Mujer de Collado- Villalba	7,1%		14,3%			
Leganés					36%	
Fuenlabrada					32%	
Mostoles					12%	
Alcorcón					12%	
Collado-Villalba					8%	

En los tres grupos la mayor parte de la muestra estaba representada por mujeres casadas y amas de casa, todas ellas con hijos con una media de 2,3. La mayor parte de la muestra experimental procede de la Casa de la Mujer de Fuenlabrada (61.22%) y en cuanto al grupo control, el porcentaje más alto se reclutó en la localidad de Leganés.

8.3. INSTRUMENTOS Y MATERIAL UTILIZADO

8.3.1. INSTRUMENTOS

Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt

Para evaluar los síntomas físicos asociados a la menopausia se utilizó el *Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt* (1953) o también llamado BMI (Blatt's Menopausal Index). Se seleccionó este instrumento por ser el más utilizado por la mayoría de los investigadores de la menopausia (De la Gándara- Martín, 1997) y por tratarse de un listado de los diferentes síntomas menopáusicos de fácil aplicación. Este instrumento está constituido por 11 síntomas asociados a la menopausia, de carácter físico o somático y psíquico. Cada uno de estos síntomas debe ser puntuado de 0 a 3 según la intensidad del mismo. El BMI se describió anteriormente en el apartado 4.2.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Debido a que el índice menopáusico de Kupperman y Blatt ha recibido críticas de algunos autores, (Salvatierra, 1992) quienes consideran que los síntomas psicológicos son insuficientes, se ha considerado oportuno evaluar estos mediante otro instrumento, la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, Zigmond y Snaith, 1983). El HADS fue originalmente diseñado por estos autores con el fin de detectar pacientes con trastornos afectivos, en respuesta a los importantes inconvenientes que presentaban otros instrumentos al utilizarse en pacientes afectados de trastornos somáticos, por ejemplo el GHQ (General Health Questionnaire de Goldberg y Huxley, 1980; Goldberg y Williams, 1988). Por este motivo, para evitar posibles puntuaciones altas engañosas que implican la evaluación de síntomas somáticos cuyo origen se piensa pudiera ser psíquico, los autores del HADS no incluyeron ningún ítem que hiciera referencia a funciones físicas o síntomas somáticos. El

HADS posee escalas derivadas de la experiencia clínica más que del análisis factorial (Ryde-Brandt, 1990). Consta de dos series de siete cuestiones, representando una de ellas la subescala de ansiedad y la otra la de depresión. Ambos conceptos psicopatológicos de ansiedad y depresión son independientes. Cada uno de los ítems es valorado mediante una escala de cuatro puntos (de 0 a 3). La subescala de depresión se refiere casi exclusivamente al estado anhedónico, siendo éste el rasgo central de la enfermedad depresiva.

El HADS fue diseñado para detectar síntomas de estos dos trastornos durante la semana anterior a la evaluación. Las puntuaciones mayores de 10 en cada escala se consideran indicativas de morbilidad. Una puntuación de 8 a 10 se interpreta como borderline y las puntuaciones inferiores a 8 indican ausencia de morbilidad (Ryde-Brandt, 1990). El HADS es utilizable en el ámbito comunitario, es fácil de cumplimentar y suministra una clara distinción entre los dos conceptos de ansiedad y depresión (De las Cuevas, García-Estrada y González, 1995). Este instrumento ha sido traducido a la mayoría de las lenguas, entre ellas la española, siendo estas traducciones fiables y validadas en numerosos estudios (Moorey y cols., 1990). Ha sido demostrado en diferentes trabajos que esta escala posee una buena especificidad y sensibilidad en la detección de la ansiedad y depresión en pacientes físicamente enfermos (Zigmond y Snaith, 1983; Aylard y cols., 1987; Barczak y cols., 1988; Andrew y cols., 1988).

Cuestionario de Valoración de Calidad de Vida, en Mujeres de 45 a 64 años

Para finalizar, también se utilizó el *“Cuestionario de Valoración de Calidad de Vida, en Mujeres de 45 a 64 años”* de Sánchez- Cánovas (1999). El instrumento consta de 22 ítems, donde se evalúa cada uno de ellos mediante una escala tipo Lickert de 1 a 5, en función del grado de acuerdo con el ítem. La escala recoge información de contenidos relacionados con el climaterio, ansiedad, depresión, sexualidad, apoyo social y familiar. Se eligió este instrumento por tratarse de un cuestionario de calidad de vida específico para la edad climatérica.

Por otro lado, se realizó un análisis descriptivo de la muestra mediante un cuestionario autoaplicado, con el que se recogió información acerca de la edad de las mujeres, presencia de menopausia confirmada, tiempo de sintomatología, estado civil y situación laboral. Se preguntó acerca del estado de salud de cada una de ellas, insistiendo sobre la posible existencia de enfermedades graves que puedan estar ocasionando sintomatología no relacionada directamente

con la menopausia y que requieran de un tratamiento específico. En tal caso, dichas mujeres no serían consideradas para la muestra de la investigación.

Todos los instrumentos utilizados en el presente estudio se encuentran en el anexo 1.

8.3.2. MATERIAL UTILIZADO

Durante el programa de intervención las mujeres debían realizar una serie de tareas para practicar las diferentes técnicas trabajadas en las sesiones. Para ello se les administraba el siguiente material:

- ✓ Material informativo acerca del proceso menopáusico y apuntes resumen de cada sesión
- ✓ Autorregistros de sofocos
- ✓ Hoja de preguntas acerca de la menopausia
- ✓ Autorregistro indicador de la ansiedad o tensión después de la práctica de relajación
- ✓ Test para conocer el riesgo de padecer osteoporosis
- ✓ Documento de exploración de mamas: “conozca sus senos”
- ✓ Autorregistro de pensamientos
- ✓ Hoja de ejercicios de detección e identificación de creencias irracionales y modificación por creencias racionales
- ✓ Hoja de ejercicios de solución de problemas
- ✓ Autorregistro para tareas de administración del tiempo
- ✓ Trasparencias para el desarrollo de cada sesión
- ✓ Hoja de valoración subjetiva del programa de intervención

Todo el material utilizado se encuentra en el anexo 3.

8.4. PROCEDIMIENTO.

8.4.1. PRUEBA PILOTO

En primer lugar se desarrolló un estudio piloto con 30 mujeres que acudieron a la Casa de la Mujer de Fuenlabrada a recibir el programa de intervención. Se distinguió entre grupo clínico (cumpliendo los criterios de inclusión del mismo, anteriormente mencionados) y grupo

subclínico. En esta ocasión no hubo grupo control con el que comparar (Larroy, Gutiérrez y León, 2004).

Se formaron tres grupos de tratamiento, en función de la disponibilidad horaria de las mujeres, todas ellas recibieron las mismas sesiones. El programa de intervención consistió en diez sesiones de una hora y media de duración, cada una de ellas. La primera y la última sesión estaban dedicadas, principalmente, a la evaluación de la sintomatología asociada a la menopausia y la calidad de vida, en las mujeres participantes en la intervención (ver tabla 8.1.).

En este estudio, tras la intervención se observó un descenso estadísticamente significativo en la ansiedad y en el índice menopáusico de Kupperman y Blatt. La depresión y la calidad de vida también mejoraron aunque el cambio no fue estadísticamente significativo.

8.4.2. CONTINUACIÓN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Tras la prueba piloto, el siguiente paso era captar nuevos centros para la aplicación del programa de intervención, con el objetivo de aumentar la muestra y poder extraer resultados más concluyentes. Y por otro lado, comenzar el reclutamiento del grupo control, que por cuestiones éticas se buscó por otros medios diferentes al grupo experimental.

Se contactó con diversos centros y se logró que el programa de intervención fuera aplicado en otros dos centros más, la Concejalía de Mujer del Ayuntamiento de Leganés y la Concejalía de Mujer del Ayuntamiento de Collado-Villalba.

Se establecieron los mismos criterios de inclusión para el grupo clínico que en la prueba piloto, y de nuevo, se aplicó el programa de intervención a todas las mujeres que lo demandaron aunque no cumplieran dichos criterios, dividiendo la muestra entre grupo clínico y grupo subclínico.

Se modificó ligeramente la estructura del programa, que finalmente quedó como se ha descrito con anterioridad.

8.4.3. EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO

Tanto en la prueba piloto como en la siguiente fase la evaluación se llevó a cabo en la primera sesión y fue de forma grupal. Se estableció tras la primera toma de contacto con las señoras y en esta primera sesión debían cumplimentar los siguientes cuestionarios:

- ✓ Cuestionario informal para recoger datos demográficos, datos relacionados con la menopausia y datos acerca del estado actual de salud física y psíquica

- ✓ Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt
- ✓ HADS
- ✓ Cuestionario de Valoración de Calidad de Vida, en Mujeres de 45 a 64 años

Gracias a esta sesión pretest se establecieron los criterios de inclusión para el grupo clínico, descritos en el cuadro 8.1.

El grupo control fue evaluado mediante los mismos inventarios y sólo se seleccionaron, para este grupo, a aquellas mujeres que cumplían los criterios de inclusión para el grupo clínico.

CUADRO 8.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN GRUPO CLÍNICO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN		CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
✓	Ser mujer		
✓	Con edad cercana al período menopáusico		
✓	Presencia de sintomatología menopáusica		
✓	Puntuación igual o superior a 20 puntos en el Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt	✗	Puntuación inferior a 20 en el Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt
✓	Puntuación igual o superior a 8 en cualquier escala del HADS	✗	Puntuación inferior a 8 en las dos escalas del HADS

8.4.4. TRATAMIENTO

El programa de intervención consta de los siguientes componentes:

- ✓ Educación del proceso de la menopausia
- ✓ Relajación muscular progresiva y respiración diafragmática
- ✓ Promoción de la salud, mediante aspectos educativos en ejercicio y nutrición
- ✓ Entrenamiento en ejercicios de Kegel y opciones para combatir la sequedad vaginal
- ✓ Identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales
- ✓ Entrenamiento en solución de problemas y en administración del tiempo

Aunque inicialmente el programa se diseñó y se aplicó en la prueba piloto en 10 sesiones, para la continuación del trabajo, y por circunstancias ajenas a la investigación, se tuvo que reducir el programa de intervención a 8 sesiones, aunque la duración final del mismo era muy similar al de la prueba piloto, puesto que se alargó la duración de las sesiones de 90 a 120

minutos. Se evaluó la posible interferencia en la eficacia del programa por esta reducción en el número de sesiones, comparando los resultados de ambas modalidades de intervención.

En las tablas 8.2. y 8.3. se muestran los resúmenes del programa de intervención en las modalidades de 10 y 8 sesiones y en el anexo 2 se encuentra el manual de la intervención describiendo detalladamente cada una de las sesiones.

El grupo control no recibió tratamiento alguno.

8.4.5. EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO

En la última sesión de la intervención se llevó a cabo la evaluación postratamiento para aquellas mujeres que habían llegado a su finalización. La evaluación se realizó a través de los siguientes cuestionarios:

- ✓ Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt
- ✓ HADS
- ✓ Cuestionario de Valoración de Calidad de Vida, en Mujeres de 45 a 64 años

Por otro lado, se llevó a cabo una valoración subjetiva del programa de intervención mediante una escala de 1 a 10, puntuando en que medida el programa de intervención había cumplido las expectativas de las mujeres y había ayudado a su situación con respecto a la menopausia.

Para la evaluación del grupo control se dejó pasar aproximadamente 8 semanas desde la primera evaluación, por tratarse del tiempo que duraba el programa de intervención y sólo se evaluó a aquellas mujeres que cumplieron los criterios de inclusión para el grupo clínico en la fase pretest.

8.4.6. SEGUIMIENTO

Se realizó un seguimiento a los 6 meses de haber concluido el programa de intervención a aquellas mujeres con las que se pudo contactar y quisieron colaborar con la última fase de la investigación. Por diversas circunstancias, la muestra se redujo, alcanzándose una muestra en seguimiento de 9 mujeres pertenecientes al grupo clínico experimental, 2 mujeres del grupo subclínico y 11 mujeres del grupo control.

Tabla 8.2. Resumen programa de intervención (10 sesiones)

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
1	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Iniciar el programa de intervención psicológica en la menopausia. Conocer, motivar e integrar a las participantes en este proceso. Enseñar los temas a desarrollar a lo largo del programa.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de las Psicólogas que llevarán a cabo las diferentes sesiones del programa. 2. Aplicación del cuestionario de calidad de vida y el cuestionario informal. 3. Actividad de presentación de las participantes al programa y entrega de una carpeta con material informativo. 4. Presentación de los objetivos del programa. 5. Presentación de los contenidos del programa. 6. Puesta en común. 7. Tarea para casa: leer la documentación entregada en la sesión, traer preguntas para la siguiente sesión y rellenar autorregistro de sofocos. 8. Aplicación del Índice de Kupperman y Blatt y el HADS.</p>	90 min.
2	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Abordar los pensamientos y sentimientos que despierta el término menopausia. Explicar el aparato reproductor femenino y la función del ciclo hormonal. Determinar los cambios que se producen durante el climaterio y la menopausia a corto plazo, y a diferentes niveles: fisiológico, físico y psicológico. Explicar el proceso de estos cambios e indicar las técnicas que se pueden usar para contrarrestarlos.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas en casa 2. Explicación del aparato reproductor femenino: actividad orientada al esclarecimiento de conceptos e ideas sobre la menopausia. 3. Introducción teórica a la menopausia: a. Conceptos básicos. b. Cambios a corto plazo (causas y soluciones). 4. Tarea para casa: leer la documentación entregada durante la sesión</p>	90 min.
3	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN Identificar aquellas alteraciones vaginales que se producen por los cambios a medio plazo de la menopausia. Abordar factores y circunstancias que favorecen la aparición de la osteoporosis y la cardiopatía isquémica.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa. 2. Explicación de los cambios a medio plazo (alteraciones vaginales y sexuales) 3. Explicación de los cambios a largo plazo: a. Trastornos cardiovasculares (cardiopatía isquémica) b. Osteoporosis 4. Entrega de un test para conocer el riesgo de padecer osteoporosis y de un documento sobre el autoconocimiento de los senos como prevención del cáncer de mama (con el fin de dar respuesta a dudas que aparecieron en sesiones anteriores sobre este tema). 5. Tarea para casa: Traer dudas acerca de las anteriores sesiones y algunas recetas de cocina económicas y saludables.</p>	90 min.

Tabla 8.2. Continuación resumen programa de intervención (10 sesiones)

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
4	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Explicar las distintas técnicas existentes para tratar los cambios a corto plazo, indicando los motivos que los señalan como convenientes. Llevar a cabo durante la sesión la técnica de relajación muscular progresiva.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2. Explicar los métodos para reducir los sofocos. 3. Explicar la relajación progresiva y mental, incluyendo el procedimiento, efectos, las ventajas y las situaciones en las que se recomienda su uso. 4. Llevar a cabo el entrenamiento en relajación progresiva. 5. Entrega del material acerca de la técnica de relajación y tarea para casa: practicar los ejercicios de relajación en casa y rellenar autorregistro de relajación</p>	90 min.
5	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Explicar la técnica de respiración como otro método de relajación existente para tratar los cambios a corto plazo. Llevar a cabo, durante la sesión, la técnica de respiración diafragmática. Explicar los ejercicios, postura y nutrición, como dos de las técnicas, para tratar los cambios a medio y largo plazo.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2. Explicar la técnica de respiración, incluyendo el procedimiento, efectos, ventajas y situaciones en las que se recomienda su uso. 3. Llevar a cabo el entrenamiento en respiración. 4. Explicar la importancia de la nutrición en la etapa de la menopausia. 5. Informar sobre la necesidad de realizar ejercicios y adquirir posturas correctas. 6. Tareas para casa: practicar los ejercicios realizados en la sesión en casa.</p>	90 min.
6	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN Explicar los trastornos de la musculatura del suelo pélvico en la postmenopausia y promover los ejercicios de Kegel para su prevención y tratamiento. Transmitir información sobre las opciones existentes para combatir la sequedad vaginal (escozor, picor y dolor en las relaciones sexuales). Explicación del tratamiento hormonal sustitutivo, que tiene como objetivo sustituir el déficit hormonal, y su utilidad para mejorar los síntomas menopáusicos.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa. 2. Explicación y puesta en práctica de los ejercicios de Kegel para prevenir y / o tratar los cambios que se presentan en la musculatura del suelo pélvico en el climaterio. 3. Presentación de alternativas para la sequedad vaginal. 4. Introducción a los distintos tratamientos médicos para las molestias de la menopausia. 5. Tarea para casa: realizar una lista de pensamientos negativos.</p>	90 min.

Tabla 8.2. Continuación resumen programa de intervención (10 sesiones)

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
7	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Explicar que son las Creencias Irracionales, que tipos de creencias son las más comunes y mostrar en que momentos se presentan estas ideas. Transmitir la forma de aprender a identificar los diferentes tipos de ideas irracionales.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de los objetivos de la sesión. 2. Qué son las creencias irracionales. Algunas Creencias Irracionales (Ellis). 3. Modelo A-B-C (según modelo de Ellis) 4. Distorsiones cognitivas (T.C. Beck). 5. Tarea para casa: practicar en casa el autoregistro de pensamientos negativos.</p>	90 min.
8	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Controlar pensamientos negativos. Aprender a desmontar y modificar las ideas irracionales por pensamientos racionales. Buscar alternativas. Parada de pensamientos negativos recurrentes.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa. 2. Enseñar cómo desmontar las respuestas cognitivas inadecuadas. 3. Explicación y puesta en práctica de la técnica de parada de pensamientos distorsionados. 4. Realización de ejercicios escritos, donde se debe sustituir el pensamiento irracional que se les plantea, por otro racional.</p>	90 min.
9	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Dar a conocer y practicar una metodología para la solución de problemas. Aprender a identificar situaciones problemáticas en las que haya varias alternativas de solución, facilitando una amplia gama de posibles respuestas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta conveniente al problema. Explicar una de las formas para administrar el tiempo, identificando actividades prioritarias, estableciendo objetivos y dividiendo éstos en pasos a realizar para alcanzarlos.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. ¿Que es un problema?. Pasos de la técnica de solución de problemas. 2. Definir el problema. 3. Concretar los objetivos. 4. Búsqueda de alternativas. 5. Valoración de las consecuencias (ejercicio). 6. Puesta en práctica de la alternativa elegida. 7. Evaluación de los resultados. 8. Técnicas de administración del tiempo. 9. Concluir la sesión y hacer un pequeño cierre del programa.</p>	90 min.
10	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Evaluar la eficacia del programa de intervención psicológica. Cerrar el programa.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Aplicación de los cuestionarios de evaluación: HADS, Índice de Kupperman y Cuestionario de Calidad de Vida. 2. Valoración subjetiva del programa de intervención 3. Entrega de recetas saludables.</p>	90 min.

Tabla 8.3. Resumen programa de intervención (8 sesiones)

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
1	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Iniciar el programa de intervención psicológica en la menopausia. Conocer, motivar e integrar a las participantes en este proceso. Enseñar los temas a desarrollar a lo largo del programa.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de las Psicólogas que llevarán a cabo las diferentes sesiones del programa. 2. Aplicación del cuestionario de calidad de vida y el cuestionario informal. 3. Actividad de presentación de las participantes al programa y entrega de una carpeta con material informativo. 4. Presentación de los objetivos del programa. 5. Presentación de los contenidos del programa. 6. Puesta en común. 7. Tarea para casa: leer la documentación entregada en la sesión, traer preguntas para la siguiente sesión y rellenar autorregistro de sofocos. 8. Aplicación del Índice de Kupperman y Blatt y el HADS.</p>	120 min.
2	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Abordar los pensamientos y sentimientos que despierta el término menopausia. Explicar el aparato reproductor femenino y la función del ciclo hormonal. Determinar los cambios que se producen durante el climaterio y la menopausia a corto, medio y largo plazo, y a diferentes niveles: fisiológico, físico y psicológico. Explicar el proceso de estos cambios e indicar las técnicas que se pueden usar para contrarrestarlos.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas en casa 2. Explicación del aparato reproductor femenino: actividad orientada al esclarecimiento de conceptos e ideas sobre la menopausia. 3. Introducción teórica a la menopausia: a. Conceptos básicos. b. Cambios a corto, medio y largo plazo (causas y soluciones). 4. Tarea para casa: Leer la documentación entregada en la sesión y traer algunas recetas de cocina económicas y saludables.</p>	120 min.
3	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Explicar las distintas técnicas existentes para tratar los cambios a corto plazo, indicando los motivos que los señalan como convenientes. Llevar a cabo durante la sesión las técnicas de relajación muscular progresiva y respiración diafragmática</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2. Explicar los métodos para reducir los sofocos. 3. Explicar la relajación progresiva y mental, incluyendo el procedimiento, efectos, las ventajas y las situaciones en las que se recomienda su uso. 4. Llevar a cabo el entrenamiento en relajación progresiva. 5. Explicar la técnica de respiración, incluyendo el procedimiento, efectos, ventajas y situaciones en las que se recomienda su uso. 6. Llevar a cabo el entrenamiento en respiración.</p> <p>7. Entrega del material acerca de las técnicas de relajación y respiración y tarea para casa: practicar los ejercicios de relajación y respiración en casa y rellenar autorregistro de relajación</p>	120 min.
4	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Explicar los ejercicios, postura y nutrición, como dos de las técnicas, para tratar los cambios a medio y largo plazo.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2. Explicar la importancia de la nutrición en la etapa de la menopausia. 3. Informar sobre la necesidad de realizar ejercicios y adquirir posturas correctas. 4. Entrega de un test para conocer el riesgo de padecer osteoporosis y de un documento sobre el autoconocimiento de los senos como prevención del cáncer de mama (con el fin de dar respuesta a dudas que aparecieron en sesiones anteriores sobre este tema). 5. Tareas para casa: practicar los ejercicios realizados en la sesión en casa.</p>	120 min.

Tabla 8.3. Continuación programa de intervención (8 sesiones)

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
5	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN Explicar los trastornos de la musculatura del suelo pélvico en la postmenopausia y promover los ejercicios de Kegel para su prevención y tratamiento. Transmitir información sobre las opciones existentes para combatir la sequedad vaginal (escozor, picor y dolor en las relaciones sexuales). Explicación del tratamiento hormonal sustitutivo, que tiene como objetivo sustituir el déficit hormonal, y su utilidad para mejorar los síntomas menopáusicos.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa. 2. Explicación y puesta en práctica de los ejercicios de Kegel para prevenir y / o tratar los cambios que se presentan en la musculatura del suelo pélvico en el climaterio. 3. Presentación de alternativas para la sequedad vaginal. 4. Introducción a los distintos tratamientos médicos para las molestias de la menopausia. 5. Tarea para casa: realizar una lista de pensamientos negativos.</p>	120 min.
6	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Explicar que son las Creencias Irracionales, que tipos de creencias son las más comunes y mostrar en que momentos se presentan estas ideas. Transmitir la forma de aprender a identificar los diferentes tipos de ideas irracionales. Controlar pensamientos negativos. Aprender a desmontar y modificar las ideas irracionales por pensamientos racionales. Buscar alternativas. Parada de pensamientos negativos recurrentes.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de los objetivos de la sesión. 2. Qué son las creencias irracionales. Algunas Creencias Irracionales (Ellis). 3. Modelo A-B-C (según modelo de Ellis) 4. Distorsiones cognitivas (T.C. Beck). 5. Enseñar cómo desmontar las respuestas cognitivas inadecuadas. 6. Explicación y puesta en práctica de la técnica de parada de pensamientos distorsionados. 7. Tarea para casa: Autorregistro de pensamientos negativos y realización de ejercicios escritos, donde se debe sustituir el pensamiento irracional que se les plantea, por otro racional.</p>	120 min.
7	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Dar a conocer y practicar una metodología para la solución de problemas. Aprender a identificar situaciones problemáticas en las que haya varias alternativas de solución, facilitando una amplia gama de posibles respuestas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta conveniente al problema. Explicar una de las formas para administrar el tiempo, identificando actividades prioritarias, estableciendo objetivos y dividiendo éstos en pasos a realizar para alcanzarlos.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. ¿Que es un problema?. Pasos de la técnica de solución de problemas. 2. Definir el problema. 3. Concretar los objetivos. 4. Búsqueda de alternativas. 5. Valoración de las consecuencias (ejercicio). 6. Puesta en práctica de la alternativa elegida. 7. Evaluación de los resultados. 8. Técnicas de administración del tiempo. 9. Concluir la sesión y hacer un pequeño cierre del programa.</p>	120 min.
8	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Evaluar la eficacia del programa de intervención psicológica. Cerrar el programa.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Aplicación de los cuestionarios de evaluación: HADS, Índice de Kupperman y Cuestionario de Calidad de Vida. 2. Valoración subjetiva del programa de intervención 3. Entrega de recetas saludables.</p>	120 min.

9. RESULTADOS

9.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

9.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Los datos respecto a la descripción de la muestra se mostraron en el capítulo anterior en la tabla 8.1. En las figuras 9.2, 9.3, y 9.4 pueden apreciarse gráficamente estas variables en la totalidad de la muestra.

EDAD

La media de edad de la muestra general fue de 48.86 años, por tanto, coincide con la edad promedio de aparición de la menopausia en España (OMS, 1996). El rango oscilaba entre los 42 y 56 años. En la figura 9.1. se aprecia la comparativa de la media de edad en los 3 grupos de la investigación.

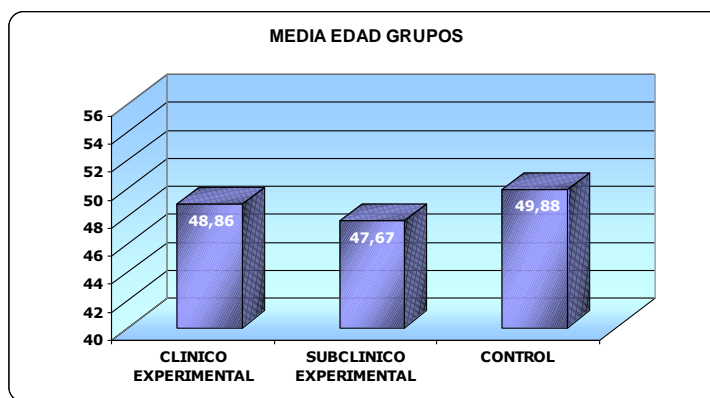


FIGURA 9.1. MEDIA DE EDAD GRUPOS

ESTADO CIVIL

El 87.8% de la muestra son mujeres casadas y el 12.2% separadas, siendo los dos únicos estados civiles encontrados en esta muestra. Como puede apreciarse en la tabla 8.1., esta diferencia de porcentajes se mantiene en los tres grupos de la investigación.

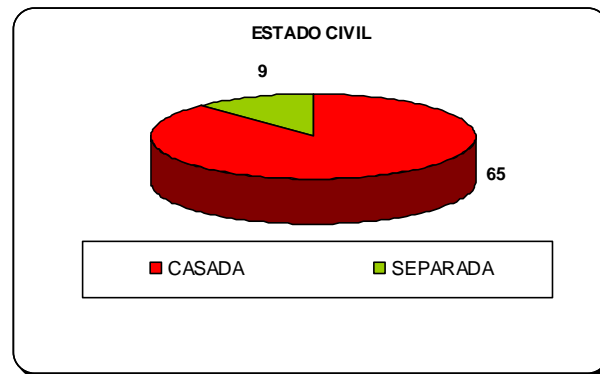


FIGURA 9.2. ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA

NÚMERO DE HIJOS

Todas las mujeres de la muestra tienen hijos, y la media en el número de hijos es de 2.30. El rango oscilaba de 1 hasta un máximo de 7 hijos. Si analizamos cada uno de los grupos, la media del número de hijos se mantiene (ver tabla 8.1.).

SITUACIÓN LABORAL

El 77% de las mujeres de la muestra son amas de casa, siendo el porcentaje más representativo en los tres grupos. En la tabla 8.1. se detalla los porcentajes distinguiendo por grupo.

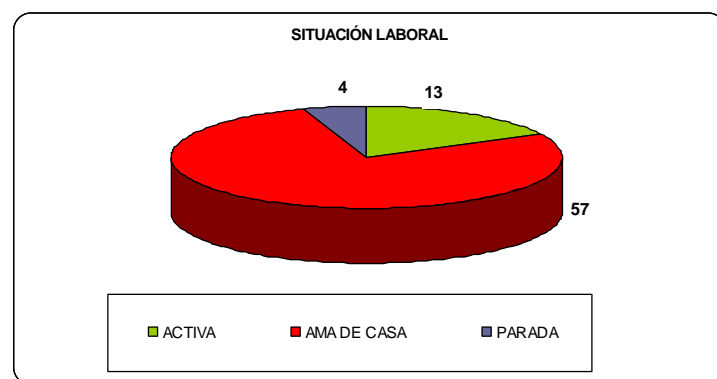


FIGURA. 9.3. SITUACIÓN LABORAL DE LA MUESTRA

CENTRO DE IMPARTICIÓN DEL PROGRAMA O LOCALIDAD DE ORIGEN

El porcentaje más elevado de la muestra procede de la Casa de la Mujer de Fuenlabrada (40.5%), representando el 50% de la muestra del grupo clínico experimental y el 76.2% del grupo subclínico. El 18.9% procede de la Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Leganés, suponiendo el 42.9% de las mujeres del grupo clínico experimental y el 9.5% del grupo subclínico. De la Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Collado-Villalba se obtuvo un 6.8% de la muestra, siendo un 7.1% de la totalidad del grupo clínico experimental y un 14.3% del grupo subclínico.

Como se comentó anteriormente el grupo control se reclutó por otros medios, procediendo las mujeres de diferentes localidades de la Comunidad de Madrid, así el 36% de la muestra del grupo control procedía de Leganés, el 32% de Fuenlabrada, el 12% de Móstoles, el 12% de Alcorcón y por último un 8% de mujeres procedentes de la localidad de Collado-Villalba (Ver figura 9.4.).

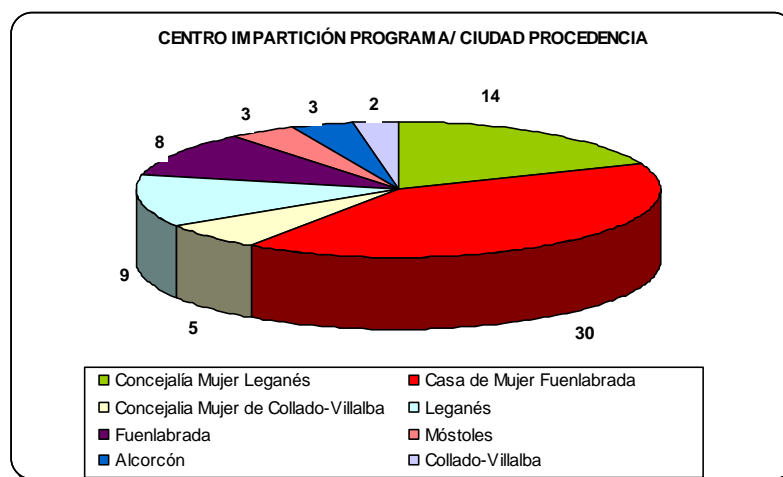


FIGURA 9.4. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CENTRO DE IMPARTICIÓN DEL PROGRAMA O LOCALIDAD DE PROCEDENCIA

9.1.2. VARIABLES DEPENDIENTES

Las tablas 9.1, 9.2. y 9.3. muestran las medias y desviaciones típicas de los grupos experimentales y control en cada una de las variables dependientes distinguiendo según el momento de evaluación.

Tabla 9.1. Medias y desviaciones típicas de las Variables dependientes para el grupo clínico experimental en los tres momentos de evaluación

VARIABLES	GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL					
	Pretto.(N=28)		Postto.(N=28)		Seguimiento (N=9)	
	\bar{x}	Sx	\bar{x}	Sx	\bar{x}	Sx
HADS						
ANSIEDAD	11,79	3,05	8,14	3,19	6,78	2,94
DEPRESIÓN	6,71	3,71	4,79	2,63	4,78	2,82
INDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	28,75	5,75	19,36	8,62	16,00	4,95
SOFOCOS	8,29	3,91	4,29	3,76	4,89	3,33
PARESTESIAS	2,86	1,84	2,29	1,86	1,33	1,41
INSOMNIO	3,14	2,14	2,5	20,08	1,78	1,56
NERVIOS	4,64	1,64	3,64	2,04	2,44	2,19
MELANCOLIA	2,14	0,93	1,25	0,84	1,33	0,71
VÉRTIGO	0,93	1,02	0,54	0,84	0,11	0,33
FATIGA	1,46	1,10	1,21	0,96	0,67	0,71
MIALGIAS	1,93	0,98	1,29	1,11	0,89	0,93
CEFALEAS	1,32	0,86	0,96	1,04	1,33	0,87
PALPITACIONES	1,18	0,98	0,75	0,67	0,78	0,83
DISESTESIAS	0,86	1,01	0,64	0,95	0,44	0,53
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	58,75	11,32	51,57	11,54	50,67	8,15
CONOCIMIENTO MENOPAUSIA	3,32	0,61	2,11	0,57	2,00	0,00
VALORACIÓN EMOCIONAL	4,21	1,66	3,64	1,45	3,33	0,87
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	22,36	6,51	18,71	5,47	17,78	4,12
APOYO SOCIAL	11,11	3,52	9,82	3,51	10,56	2,83
APOYO FAMILIAR	8,29	2,85	7,32	3,03	6,78	1,97
SEXUALIDAD/PAREJA	12,79	5,65	12,07	4,48	12,22	2,49

Tabla 9.2. Medias y desviaciones típicas de las Variables dependientes para el grupo subclínico experimental en los tres momentos de evaluación

VARIABLES	GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL					
	Pretto.(N=21)		Postto.(N=21)		Seguimiento (N=2)	
	\bar{x}	Sx	\bar{x}	Sx	\bar{x}	Sx
HADS						
ANSIEDAD	6,43	4,2	5,24	3,40	4,00	1,41
DEPRESIÓN	4,05	3,19	2,76	2,98	1,50	0.70
ÍNDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	14,14	7,03	11,24	6,47	9,00	0.00
SOFOCOS	2,1	3,92	1,71	3,24	2,00	2,83
PARESTESIAS	1,14	1,35	0.95	1,36	1,00	1,41
INSOMNIO	1,90	1,84	2,00	2,28	1,00	1,41
NERVIOS	3,14	1,62	2,29	1,82	3,00	1,41
MELANCOLIA	1,10	0.77	0.86	0,85	1,50	0.71
VÉRTIGO	0.67	0.86	0.43	0,75	0.00	0.00
FATIGA	0.86	0.96	0.67	0,73	0.50	0.70
MIALGIAS	1,33	1,02	0.67	0,86	0.00	0.00
CEFALEAS	1,10	0.99	1,00	1,09	0.00	0.00
PALPITACIONES	0.67	0.80	0.43	0,60	0.00	0.00
DISESTESIAS	0.14	0.36	0.24	0,44	0.00	0.00
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	48,43	9,22	42,71	7,29	48,50	3,54
CONOCIMIENTO MENOPAUSIA	3,14	0.57	2,00	0.63	2,50	0.71
VALORACIÓN EMOCIONAL	3,38	1,43	2,90	1,04	3,50	0.71
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	17,81	4,25	15,19	3,63	17,00	0.00
APOYO SOCIAL	8,90	3,35	7,90	2,79	8,00	1,41
APOYO FAMILIAR	6,33	1,80	6,62	1,94	6,00	0.00
SEXUALIDAD/PAREJA	12,00	4,37	10,10	4,02	14,00	4,24

ÍNDICE MENOPÁUSICO DE KUPPERMAN Y BLATT

Todas las mujeres del grupo clínico experimental superaban los 20 puntos en este índice, lo que representa presencia de sintomatología física de moderada a alta. La media de este grupo fue 28.75 (D.T.=5.75). En la tabla 9.4 se aprecian las frecuencias en los diferentes síntomas de este índice.

Los síntomas más referidos con una intensidad de moderada a alta por este grupo fueron los sofocos (78.6%), el nerviosismo (78.6%), la melancolía (78.6%) y las mialgias (71.4%).

Tabla 9.3. Medias y desviaciones típicas de las Variables dependientes para el grupo control en los tres momentos de evaluación

VARIABLES	GRUPO CONTROL					
	Preto. (N=25)		Postto. (N=25)		Seguimiento (N=11)	
	\bar{x}	Sx	\bar{x}	Sx	\bar{x}	Sx
HADS						
ANSIEDAD	10,60	1,98	10,28	1,43	9,09	1,86
DEPRESIÓN	4,72	3,69	4,88	3,39	4,73	3,23
INDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	28,88	6,63	28,48	5,97	27,64	7,32
SOFOCOS	10,4	2,58	10,08	2,86	10,55	2,69
PARESTESIAS	2,40	2,00	2,64	1,89	2,55	2,38
INSOMNIO	2,96	1,74	2,88	1,64	3,45	2,02
NERVIOS	3,84	1,91	3,60	2,00	2,73	1,85
MELANCOLIA	1,68	1,18	1,60	1,19	0,91	1,04
VÉRTIGO	0,72	0,79	0,80	0,82	0,73	1,01
FATIGA	1,20	1,15	1,20	1,19	1,00	1,26
MIALGIAS	1,44	1,08	1,44	1,26	0,82	1,25
CEFALEAS	1,36	0,99	1,32	1,07	1,36	0,92
PALPITACIONES	1,44	1,23	1,48	1,23	1,82	1,33
DISESTESIAS	1,44	1,08	1,48	1,01	1,73	1,10
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	54,48	12,74	55,04	11,65	56,64	13,17
CONOCIMIENTO MENOPAUSIA	2,64	0,70	2,48	0,65	2,82	0,40
VALORACIÓN EMOCIONAL	5,56	2,36	5,44	2,21	6,27	2,00
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	21,6	6,02	21,44	5,91	29,91	5,2
APOYO SOCIAL	7,96	2,49	8,28	2,57	9,18	2,82
APOYO FAMILIAR	6,28	3,28	6,72	2,89	7,00	3,66
SEXUALIDAD/PAREJA	13,08	4,23	13,16	4,25	13,27	4,20

Tabla 9.4. Frecuencia de los síntomas del índice de Kupperman y Blatt en el grupo clínico experimental (en %)

INDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL			
	Valoración=0	Valoración=1	Valoración=2	Valoración=3
SOFOCOS	10,7	10,7	39,3	39,3
PARESTESIAS	17,9	32,1	39,3	10,7
INSOMNIO	17,9	32,1	25,0	25,0
NERVIOS	0	21,4	25,0	53,6
MELANCOLIA	7,1	14,3	35,7	42,9
VÉRTIGO	46,4	21,4	25,0	7,1
FATIGA	28,6	14,3	39,3	17,9
MIALGIAS	10,7	17,9	39,3	32,1
CEFALEAS	21,4	28,6	46,4	3,6
PALPITACIONES	32,1	25,0	35,7	7,1
DISESTESIAS	50,0	21,4	21,4	7,1

* Puntuación de moderada a alta ? 2

En el grupo subclínico la puntuación media para este índice fue de 14.14 (D.T.= 7.03), y, por tanto, indicativa de sintomatología de leve a moderada. Los síntomas más valorados de forma intensa para este grupo fueron el nerviosismo (47.6%), las mialgias (33.3%) y las cefaleas (33.3%) (Ver tabla 9.5.).

Tabla 9.5. Frecuencia de los síntomas del índice de Kupperman y Blatt en el grupo subclínico experimental (en %)

INDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL			
	Valoración=0	Valoración=1	Valoración=2	Valoración=3
SOFOCOS	71,4	14,3	4,8	9,5
PARESTESIAS	52,4	38,1	9,5	0
INSOMNIO	38,1	33,3	23,8	4,8
NERVIOS	4,8	47,6	33,3	14,3
MELANCOLIA	19,0	57,1	19,0	4,8
VÉRTIGO	52,4	33,3	9,5	4,8
FATIGA	47,6	23,8	23,8	4,8
MIALGIAS	19,0	47,6	14,3	19,0
CEFALEAS	33,3	33,3	23,8	9,5
PALPITACIONES	52,4	28,6	19,0	0
DISESTESIAS	85,7	14,3	0	0

* Puntuación de moderada a alta ? 2

Y por último, el grupo control mostró una puntuación media muy parecida a la del grupo clínico experimental, siendo de 28.88 (D.T.=6.63). Como puede verse en la tabla 9.6., los sofocos (92%), la melancolía (68%), el nerviosismo (68%) y las mialgias (56%) fueron los síntomas más intensos en este grupo, coincidiendo con el grupo clínico experimental.

Tabla 9.6. Frecuencia de los síntomas del índice de Kupperman y Blatt en el grupo control (en %)

INDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	GRUPO CONTROL			
	Valoración=0	Valoración=1	Valoración=2	Valoración=3
SOFOCOS	0	8,0	24,0	68,0
PARESTESIAS	28,0	36,0	24,0	12,0
INSOMNIO	12,0	40,0	36,0	12,0
NERVIOS	8,0	24,0	36,0	32,0
MELANCOLIA	28,0	4,0	40,0	28,0
VÉRTIGO	44,0	44,0	8,0	4,0
FATIGA	40,0	16,0	28,0	16,0
MIALGIAS	28,0	16,0	40,0	16,0
CEFALEAS	20,0	40,0	24,0	16,0
PALPITACIONES	28,0	32,0	8,0	32,0
DISESTESIAS	24,0	28,0	28,0	20,0

* Puntuación de moderada a alta ? 2

SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA: HADS

Las tablas 9.7., 9.8. y 9.9. muestran las frecuencias de intensidad para la ansiedad y la depresión en los tres grupos de la investigación.

Tabla 9.7. Frecuencia de intensidad en la ansiedad y la depresión del grupo clínico experimental (en %)

HADS	GRUPO CLINICO EXPERIMENTAL		
	LIGERA	MOIDERADA	ALTA
ANSIEDAD	3,6	31,9	64,2
DEPRESIÓN	60,5	25,0	14,3

Puntuación inferior 8 = Ligera
Puntuación entre 8 y 10 = Moderada
Puntuación mayor de 10 = Alta

Tabla 9.8. Frecuencia de intensidad en la ansiedad y la depresión del grupo subclínico experimental (en %)

HADS	GRUPO SUBCLINICO EXPERIMENTAL		
	LIGERA	MOIDERADA	ALTA
ANSIEDAD	71,3	14,4	14,4
DEPRESIÓN	90,4	0,0	9,6

Puntuación inferior 8 = Ligera
Puntuación entre 8 y 10 = Moderada
Puntuación mayor de 10 = Alta

Tabla 9.9. Frecuencia de intensidad en la ansiedad y la depresión del grupo control (en %)

HADS	GRUPO CONTROL		
	LIGERA	MOIDERADA	ALTA
ANSIEDAD	0,0	48,0	52,0
DEPRESIÓN	76,0	16,0	8,0

Puntuación inferior 8 = Ligera
Puntuación entre 8 y 10 = Moderada
Puntuación mayor de 10 = Alta

Como requisito para la inclusión dentro del grupo clínico se estableció obtener una puntuación igual o superior a 8 puntos en algunas de las dos escalas de este autoinforme, por lo que se registraron altas frecuencias de sintomatología ansiosa y/o depresiva intensa en el grupo clínico experimental y el grupo control.

Los tres grupos puntuaron más alto en la escala de ansiedad, aunque los porcentajes más elevados se encontraron en el grupo clínico experimental (96.1%) y el grupo control (100%). El 28.8% de las mujeres del grupo subclínico experimental obtuvieron puntuaciones moderadas o altas en esta escala.

El 39.3% de las mujeres del grupo clínico experimental y el 24% del grupo control presentaban sintomatología depresiva de moderada a alta.

CALIDAD DE VIDA

Respecto a la variable calidad de vida, las tablas 9.10, 9.11 y 9.12 muestran la relación de frecuencias en cada una de las escalas del cuestionario.

Tabla 9.10. Frecuencias en las diferentes escalas del cuestionario de calidad de vida del grupo clínico experimental (en %)

CALIDAD DE VIDA	GRUPO CLINICO EXPERIMENTAL		
	ALTA	MEDIA	BAJA
CONOCIMIENTO MENOPAUSIA	3,6	92,6	3,6
VALORACIÓN EMOCIONAL	17,9	53,6	28,6
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	25,0	57,1	17,9
APOYO SOCIAL	21,5	42,9	35,6
APOYO FAMILIAR	14,3	42,9	42,9
SEXUALIDAD/PAREJA	42,9	39,2	17,8

En líneas generales, las mujeres del grupo clínico experimental tenían un conocimiento medio o bajo del climaterio, aunque presentaban una valoración negativa del mismo (82.2%). La mayor parte de ellas presentaban sintomatología ansiosa y/o depresiva, percibían poco apoyo social y familiar, y un 57% de ellas informaban de problemas en su sexualidad y con la pareja.

El 60% de las mujeres del grupo control tenían un conocimiento medio acerca del proceso climatérico, y el 84% lo valoraba negativamente. Al igual que el grupo clínico experimental, la mayoría de las mujeres de este grupo presentaban sintomatología ansiosa y/o depresiva e informaban de poco apoyo familiar y problemas sexuales y de pareja. Aunque el 60% de las mujeres de este grupo percibían un apoyo social alto (Ver tabla 9.11.).

Tabla 9.11. Frecuencias en las diferentes escalas del cuestionario de calidad de vida del grupo control (en %)

CALIDAD DE VIDA	GRUPO CONTROL		
	ALTA	MEDIA	BAJA
CONOCIMIENTO MENOPAUSIA	40,0	60,0	0
VALORACIÓN EMOCIONAL	16,0	28,0	56,0
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	40,0	52,0	8,0
APOYO SOCIAL	64,0	28,0	8,0
APOYO FAMILIAR	48,0	40,0	12,0
SEXUALIDAD/PAREJA	36,0	40,0	24,0

El grupo subclínico experimental, del mismo modo que los otros dos grupos, también tenía un conocimiento medio o bajo del climaterio (95.3%), y el 61.9% lo valoraba de forma negativa. La mayoría de las mujeres de este grupo percibía poco apoyo social y familiar (57% y 66.6%, respectivamente).

Tabla 9.12. Frecuencias en las diferentes escalas del cuestionario de calidad de vida del grupo subclínico experimental (en %)

CALIDAD DE VIDA	GRUPO SUBCLINICO EXPERIMENTAL		
	ALTA	MEDIA	BAJA
CONOCIMIENTO MENOPAUSIA	4,8	90,5	4,8
VALORACIÓN EMOCIONAL	38,1	47,6	14,3
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	62,0	38,0	0,0
APOYO SOCIAL	42,9	52,4	4,8
APOYO FAMILIAR	33,3	52,3	14,3
SEXUALIDAD/PAREJA	71,5	9,6	19,1

9.2. EFICACIA DEL TRATAMIENTO

9.2.1. HOMOGENEIDAD DE LOS GRUPOS

GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL

Como se comentó anteriormente los grupos experimentales y control se reclutaron de forma diferente, aunque se establecieron los mismos criterios de inclusión que en el grupo clínico experimental. Por este motivo, antes de llevar a cabo el análisis de la eficacia del tratamiento, se debe determinar si ambos grupos son equiparables en las variables dependientes del estudio en la situación pretratamiento y en la edad. Las tablas 9.13 y 9.14 muestran que no existen diferencias significativas en ninguna de las variables, tanto para los grupos iniciales, como para los grupos del seguimiento.

Tabla 9.13. *t* de student intergrupo: Variables dependientes y edad para los grupos iniciales

VARIABLES	GRUPO TRATAMIENTO / CONTROL	
	Pretratamiento	
	$t_{(gl)}$	Sig. [†]
EDAD	1,16 ₍₅₁₎	No significativo
HADS		
ANSIEDAD	1,65 ₍₅₁₎	No significativo
DEPRESIÓN	1,96 ₍₅₁₎	No significativo
ÍNDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	- 0,76 ₍₅₁₎	No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	1,29 ₍₅₁₎	No significativo

[†] Nivel de significación $p < 0.05$

Tabla 9.14. *t* de student intergrupo: Variables dependientes y edad para los grupos seguimiento

VARIABLES	GRUPO TRATAMIENTO / CONTROL	
	Pretratamiento (grupo segto)	
	$t_{(gl)}$	Sig. [†]
EDAD	-0,55 ₍₁₈₎	No significativo
HADS		
ANSIEDAD	1,35 ₍₁₈₎	No significativo
DEPRESIÓN	1,68 ₍₁₈₎	No significativo
ÍNDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	- 0,30 ₍₁₈₎	No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	0,54 ₍₁₈₎	No significativo

[†] Nivel de significación $p < 0.05$

SEGUIMIENTOS

Por otro lado, se vio necesario analizar que los grupos a los que se les realizó el seguimiento eran equiparables a los grupos iniciales. En las tablas 9.15., 9.16 y 9.17 se puede apreciar que los tres grupos analizados en seguimiento eran homogéneos a los grupos iniciales antes y después del tratamiento, por lo que podrían generalizarse los resultados de los seguimientos.

Tabla 9.15. *t* de student intergrupo: Variables dependientes y edad en grupo clínico experimental inicial y seguimiento

VARIABLES	GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL			
	Pretratamiento		Postratamiento	
	Segto N=9 / no Segto N=11		Segto N=9 / no Segto N=11	
	<i>t</i> _(gl)	Sig. [†]	<i>t</i> _(gl)	Sig. [†]
EDAD	1,65 ₍₂₆₎	No significativo		
HADS				
ANSIEDAD	-0.14 ₍₂₆₎	No significativo	- 0.16 ₍₂₆₎	No significativo
DEPRESIÓN	1,16 ₍₂₆₎	No significativo	0.29 ₍₂₆₎	No significativo
INDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	- 0.47 ₍₂₆₎	No significativo	- 0.43 ₍₂₆₎	No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	0.01 ₍₂₆₎	No significativo	0.34 ₍₂₆₎	No significativo

[†] Nivel de significación $p < 0.05$

Tabla 9.16. *t* de student intergrupo: Variables dependientes y edad en grupo subclínico experimental inicial y seguimiento

VARIABLES	GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL			
	Pretratamiento		Postratamiento	
	Segto N=2 / no Segto N=19		Segto N=2 / no Segto N=19	
	<i>t</i> _(gl)	Sig. [†]	<i>t</i> _(gl)	Sig. [†]
EDAD	-0.26 ₍₁₉₎	No significativo		
HADS				
ANSIEDAD	-0.15 ₍₁₉₎	No significativo	-0.53 ₍₁₉₎	No significativo
DEPRESIÓN	-0.95 ₍₁₉₎	No significativo	-0.62 ₍₁₉₎	No significativo
INDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	0.38 ₍₁₉₎	No significativo	0.17 ₍₁₉₎	No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	1,60 ₍₁₉₎	No significativo	1,19 ₍₁₉₎	No significativo

[†] Nivel de significación $p < 0.05$

Tabla 9.17. *t* de student intergrupo: Variables dependientes y edad en grupo control inicial y seguimiento

VARIABLES	GRUPO CONTROL			
	Pretratamiento		Postratamiento	
	Segto N=2 / no Segto N=19		Segto N=2 / no Segto N=19	
	$t_{(gl)}$	Sig. [†]	$t_{(gl)}$	Sig. [†]
EDAD	1,98 ₍₂₃₎	No significativo		
HADS				
ANSIEDAD	- 1,37 ₍₂₃₎	No significativo	- 1,79 ₍₂₃₎	No significativo
DEPRESIÓN	-0.10 ₍₂₃₎	No significativo	0.04 ₍₂₃₎	No significativo
ÍNDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	0.08 ₍₂₃₎	No significativo	- 0.15 ₍₂₃₎	No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	0.46 ₍₂₃₎	No significativo	0.70 ₍₂₃₎	No significativo

[†] Nivel de significación $p < 0.05$

9.2.2. ANÁLISIS INTERFERENCIA NÚMERO DE SESIONES

Se midió la posible interferencia por la reducción en el número de sesiones para ambos grupos experimentales. Las tablas 9.18. y 9.19. indican que los grupos eran homogéneos antes de recibir el tratamiento y las tablas 9.20. y 9.21. que no existen diferencias significativas en la situación postratamiento, por lo que la reducción del número de sesiones no interfirió en la eficacia del programa de intervención.

Tabla 9.18. Medias, desviaciones típicas y *t* de student intergrupo: Variables dependientes según el número de sesiones en la situación pretratamiento para el grupo clínico experimental

VARIABLES	GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL (Pretratamiento)					
	10 SESIONES (N=13)		8 SESIONES (N=15)		$t_{(gl)}$	Sig. [†]
	\bar{x}	Sx	\bar{x}	Sx		
HADS						
ANSIEDAD	12,00	3,08	11,57	3,23	-0.36 ₍₂₆₎	No significativo
DEPRESIÓN	5,92	3,09	7,79	4,02	1,56 ₍₂₆₎	No significativo
ÍNDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	29,92	5,39	27,29	5,89	- 1.37 ₍₂₆₎	No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	59,55	13,98	59,07	10,22	0.15 ₍₂₆₎	No significativo

[†] Nivel de significación $p < 0.05$

Tabla 9.19. Medias, desviaciones típicas y *t* de student intergrupo: Variables dependientes según el número de sesiones en la situación pretratamiento para el grupo subclínico experimental

VARIABLES	GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL (Pretratamiento)					
	10 SESIONES (N=17)		8 SESIONES (N=4)		<i>t</i> _(gl)	Sig. [†]
	\bar{x}	Sx	\bar{x}	Sx		
HADS						
ANSIEDAD	7,35	4,54	4,40	2,19	-1.25 ₍₁₉₎	No significativo
DEPRESIÓN	4,47	3,39	2,20	0,84	-1.53 ₍₁₉₎	No significativo
ÍNDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	14,47	7,83	13,6	3,36	- 0.19 ₍₁₉₎	No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	45,44	11,53	50,80	9,47	0.65 ₍₁₉₎	No significativo

[†] Nivel de significación $p < 0.05$ Tabla 9.20. Medias, desviaciones típicas y *t* de student intergrupo: Variables dependientes según el número de sesiones en la situación postratamiento para el grupo clínico experimental

VARIABLES	GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL (Postratamiento)					
	10 SESIONES (N=13)		8 SESIONES (N=15)		<i>t</i> _(gl)	Sig. [†]
	\bar{x}	Sx	\bar{x}	Sx		
HADS						
ANSIEDAD	9,54	3,18	7,00	2,85	-1.99 ₍₂₆₎	No significativo
DEPRESIÓN	5,15	2,61	4,64	2,71	-0.28 ₍₂₆₎	No significativo
ÍNDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	22,77	9,96	16,5	6,17	- 1.83 ₍₂₆₎	No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	53,45	13,61	49,5	8,41	-0.95 ₍₂₆₎	No significativo

[†] Nivel de significación $p < 0.05$ Tabla 9.21. Medias, desviaciones típicas y *t* de student intergrupo: Variables dependientes según el número de sesiones en la situación postratamiento para el grupo subclínico experimental

VARIABLES	GRUPO SUBCLÍNICO (Postratamiento)					
	10 SESIONES (N=17)		8 SESIONES (N=4)		<i>t</i> _(gl)	Sig. [†]
	\bar{x}	Sx	\bar{x}	Sx		
HADS						
ANSIEDAD	6,00	3,39	2,80	1,48	-1.96 ₍₁₉₎	No significativo
DEPRESIÓN	3,00	3,26	1,80	0,84	-0.82 ₍₁₉₎	No significativo
ÍNDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	11,00	6,56	9,60	3,05	- 0.64 ₍₁₉₎	No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	40,69	8,51	44,60	7,3	0.65 ₍₁₉₎	No significativo

9.2.3. ANÁLISIS INTERFERENCIA TERAPEUTAS

Se realizó un análisis para detectar una posible interferencia de la variable terapeuta, puesto que no se pudo aplicar la constancia o el balanceo como métodos de control. Las tablas 9.22. y 9.23. muestran que no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 9.22. Anova: Variables dependientes del grupo clínico experimental en las situaciones pre y postratamiento según terapeuta.

VARIABLES	GRUPO CLÍNICO			
	Pretratamiento(N=28)		Postratamiento(N=28)	
	F _(gl)	Sig. [†]	F _(gl)	Sig. [†]
HADS				
ANSIEDAD	0.48 ₍₄₎	No significativo	1.07 ₍₄₎	No significativo
DEPRESIÓN	1.16 ₍₄₎	No significativo	0.74 ₍₄₎	No significativo
INDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	0.46 ₍₄₎	No significativo	0.93 ₍₄₎	No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	0.30 ₍₄₎	No significativo	0.47 ₍₄₎	No significativo

[†] Nivel de significación p<0.05

Tabla 9.23. Anova: Variables dependientes del grupo subclínico experimental en las situaciones pre y postratamiento según terapeuta

VARIABLES	GRUPO SUBCLÍNICO			
	Pretratamiento(N=21)		Postratamiento(N=21)	
	F _(gl)	Sig. [†]	F _(gl)	Sig. [†]
HADS				
ANSIEDAD	0.49 ₍₄₎	No significativo	0.49 ₍₄₎	No significativo
DEPRESIÓN	0.79 ₍₄₎	No significativo	0.79 ₍₄₎	No significativo
INDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	0.23 ₍₄₎	No significativo	0.39 ₍₄₎	No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	1.25 ₍₄₎	No significativo	1.50 ₍₄₎	No significativo

[†] Nivel de significación p<0.05

9.2.4. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

En las tablas 9.1., 9.2. y 9.3. se mostraban las medias y las desviaciones típicas de cada una de las variables dependientes. Como puede apreciarse en el grupo clínico experimental las medias bajaron en todas las variables una vez finalizada la intervención, lo que denota una mejoría en la sintomatología, tanto física como psíquica, y en la calidad de vida. En líneas generales, esta situación se mantuvo o incluso mejoró a los 6 meses. Las cefaleas fueron los únicos síntomas que no continuaron con esta mejoría en el seguimiento.

De forma similar, las mujeres del grupo subclínico experimental al finalizar el tratamiento redujeron sus puntuaciones totales en el índice menopáusico de Kupperman y Blatt, en la calidad de vida (el descenso en las puntuaciones del inventario de calidad de vida indica mejoría en ésta) y en ambas escalas del HADS. Al cabo de 6 meses este descenso se mantuvo a excepción de la calidad de vida. Por el contrario, el grupo control obtuvo puntuaciones muy similares en todas las variables en los tres momentos de evaluación.

Las tablas 9.24., 9.25 y 9.26. detallan en qué variables se obtuvieron diferencias significativas al finalizar la intervención y al cabo de 6 meses de la misma, en cada uno de los grupos.

Tabla 9.24. *t* de student y Anova de medidas repetidas: Variables dependientes en grupo clínico experimental

VARIABLES	GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL								
	Preto./Posto. (N=28)			Preto./Segto. (N=9)			Posto./Segto. (N=9)		
	<i>t</i> _(g)	<i>F</i> _(g)	Sig. [†]	<i>t</i> _(g)	<i>F</i> _(g)	Sig. [†]	<i>t</i> _(g)	<i>F</i> _(g)	Sig. [†]
HADS									
ANSIEDAD	6,11 ₍₂₇₎		p<0,001	6,06 ₍₈₎		p<0,001	2,47 ₍₈₎		p<0,05
DEPRESIÓN	3,41 ₍₂₇₎		p<0,001	3,13 ₍₈₎		p<0,015	1,00 ₍₈₎		No significativo
ÍNDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	8,71 ₍₂₇₎		p<0,001	9,98 ₍₈₎		p<0,001	2,24 ₍₈₎		No significativo
SOFOCOS *	47,25 ₍₁₎		p<0,001	30,77 ₍₁₎		p<0,001	2,00 ₍₁₎		No significativo
PARESTESIAS *	2,60 ₍₁₎		No significativo	2,28 ₍₁₎		No significativo	1,00 ₍₁₎		No significativo
INSOMNIO *	4,85 ₍₁₎		No significativo**	8,00 ₍₁₎		No significativo**	1,00 ₍₁₎		No significativo
NERVIOS *	7,56 ₍₁₎		No significativo**	2,67 ₍₁₎		No significativo	2,29 ₍₁₎		No significativo
MELANCOLIA *	24,42 ₍₁₎		p<0,001	28,00 ₍₁₎		p<0,001	0,00 ₍₁₎		No significativo
VÉRTIGO *	6,24 ₍₁₎		No significativo**	3,37 ₍₁₎		No significativo	0,00 ₍₁₎		No significativo
FATIGA *	1,21 ₍₁₎		No significativo	2,67 ₍₁₎		No significativo	8,00 ₍₁₎		No significativo**
MIALGIAS *	11,82 ₍₁₎		p<0,004	1,56 ₍₁₎		No significativo	0,00 ₍₁₎		No significativo
CEFALEAS *	5,23 ₍₁₎		No significativo**	0,00 ₍₁₎		No significativo	2,29 ₍₁₎		No significativo
PALPITACIONES *	4,81 ₍₁₎		No significativo**	2,29 ₍₁₎		No significativo**	2,29 ₍₁₎		No significativo
DISESTESIAS *	0,81 ₍₁₎		No significativo	18,18 ₍₁₎		p<0,003	2,70 ₍₁₎		No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	3,88 ₍₂₇₎		p<0,001	6,78 ₍₈₎		p<0,001	1,92 ₍₈₎		No significativo
CONOCIMIENTO MENOPAUSIA *	75,76 ₍₁₎		p<0,001	64,00 ₍₁₎		p<0,001	2,00 ₍₁₎		No significativo
VALORACIÓN EMOCIONAL *	3,21 ₍₁₎		No significativo	10,00 ₍₁₎		p<0,010	2,00 ₍₁₎		No significativo
ANSIEDAD/DEPRESIÓN *	12,66 ₍₁₎		p<0,001	4,33 ₍₁₎		No significativo	1,22 ₍₁₎		No significativo
APOYO SOCIAL *	7,03 ₍₁₎		No significativo**	0,18 ₍₁₎		No significativo	0,47 ₍₁₎		No significativo
APOYO FAMILIAR *	4,78 ₍₁₎		No significativo**	8,61 ₍₁₎		No significativo**	1,30 ₍₁₎		No significativo
SEXUALIDAD/PAREJA *	0,52 ₍₁₎		No significativo	11,22 ₍₁₎		p<0,010	1,00 ₍₁₎		No significativo

[†] Nivel de significación p<0.05

** Significativo sin corrección de Bonferroni

* Aplicada corrección de Bonferroni

Tabla 9.25. *t* de student, Anova de medidas repetidas y prueba de Wilcoxon: Variables dependientes en grupo subclínico experimental

VARIABLES	GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL								
	Preto./Postto.(N=21)			Preto./Segto.(N=2)			Postto./Segto.(N=2)		
	<i>t</i> _(g)	<i>F</i> _(g)	Sig. †	<i>Z</i>	<i>Z</i>	Sig. †	<i>Z</i>	<i>Z</i>	Sig. †
HADS									
ANSIEDAD	2,97 ₍₂₀₎		p<0.010	-1,41		No significativo	-1,41		No significativo
DEPRESIÓN	2,51 ₍₂₀₎		p<0.025	-1,00		No significativo	-1,41		No significativo
ÍNDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	2,37 ₍₂₀₎		p<0.030	-1,34		No significativo	-1,41		No significativo
SOFOCOS *	1,00 ₍₁₎		No significativo	-1,00		No significativo	0,00		No significativo
PARESTESIAS *	0,21 ₍₁₎		No significativo	-1,00		No significativo	0,00		No significativo
INSOMNIO *	0,56 ₍₁₎		No significativo	-1,00		No significativo	0,00		No significativo
NERVIOS *	8,44 ₍₁₎		No significativo**	-1,00		No significativo	0,00		No significativo
MELANCOLIA *	2,02 ₍₁₎		No significativo	-1,00		No significativo	0,00		No significativo
VÉRTIGO *	1,34 ₍₁₎		No significativo	-1,00		No significativo	-0,45		No significativo
FATIGA *	1,36 ₍₁₎		No significativo	-1,00		No significativo	-0,45		No significativo
MIALGIAS *	9,03 ₍₁₎		No significativo**	-1,00		No significativo	-0,45		No significativo
CEFALEAS *	0,19 ₍₁₎		No significativo	-1,00		No significativo	-1,00		No significativo
PALPITACIONES *	3,05 ₍₁₎		No significativo	-1,00		No significativo	-1,00		No significativo
DISESTESIAS *	1,00 ₍₁₎		No significativo	-1,00		No significativo	-1,00		No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	3,34 ₍₂₀₎		p<0.005	-1,34		No significativo	-1,41		No significativo
CONOCIMIENTO MENOPAUSIA *	37,65 ₍₁₎		p<0.001	-1,00		No significativo	0,00		No significativo
VALORACIÓN EMOCIONAL *	1,72 ₍₁₎		No significativo	-1,00		No significativo	0,00		No significativo
ANSIEDAD/DEPRESIÓN *	11,30 ₍₁₎		p<0.005	-1,00		No significativo	0,00		No significativo
APOYO SOCIAL *	2,41 ₍₁₎		No significativo	-1,34		No significativo	0,00		No significativo
APOYO FAMILIAR *	0,71 ₍₁₎		No significativo	-1,34		No significativo	0,00		No significativo
SEXUALIDAD/PAREJA *	6,10 ₍₁₎		No significativo**	-1,00		No significativo	0,00		No significativo

† Nivel de significación p<0.05

** Significativo sin corrección de Bonferroni

* Aplicada corrección de Bonferroni

Tabla 9.26. *t* de student y Anova de medidas repetidas: Variables dependientes en grupo control

VARIABLES	GRUPO CONTROL								
	Preto./Postto.(N=25)			Preto./Segto.(N=11)			Postto./Segto.(N=11)		
	<i>t</i> _(g)	<i>F</i> _(g)	Sig. †	<i>t</i> _(g)	<i>F</i> _(g)	Sig. †	<i>t</i> _(g)	<i>F</i> _(g)	Sig. †
HADS									
ANSIEDAD	1,77 ₍₂₄₎		No significativo	2,31 ₍₁₀₎		p<0,045	1,44 ₍₁₀₎		No significativo
DEPRESIÓN	-0,84 ₍₂₄₎		No significativo	-0,29 ₍₁₀₎		No significativo	0,80 ₍₁₀₎		No significativo
ÍNDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN Y BLATT	0,80 ₍₂₄₎		No significativo	3,15 ₍₈₎		p<0.010	1,05 ₍₁₀₎		No significativo
SOFOCOS *	2,08 ₍₁₎		No significativo	0,00 ₍₁₎		No significativo	1,00 ₍₁₎		No significativo
PARESTESIAS *	1,00 ₍₁₎		No significativo	1,00 ₍₁₎		No significativo	1,96 ₍₁₎		No significativo
INSOMNIO *	0,14 ₍₁₎		No significativo	1,00 ₍₁₎		No significativo	2,22 ₍₁₎		No significativo
NERVIOS *	1,86 ₍₁₎		No significativo	5,71 ₍₁₎		No significativo	1,00 ₍₁₎		No significativo
MELANCOLIA *	0,27 ₍₁₎		No significativo	1,32 ₍₁₎		No significativo	1,00 ₍₁₎		No significativo
VÉRTIGO *	0,66 ₍₁₎		No significativo	1,00 ₍₁₎		No significativo	0,00 ₍₁₎		No significativo
FATIGA *	0,00 ₍₁₎		No significativo	1,00 ₍₁₎		No significativo	1,00 ₍₁₎		No significativo
MIALGIAS *	0,00 ₍₁₎		No significativo	0,00 ₍₁₎		No significativo	0,00 ₍₁₎		No significativo
CEFALEAS *	0,19 ₍₁₎		No significativo	2,22 ₍₁₎		No significativo	1,00 ₍₁₎		No significativo
PALPITACIONES *	0,19 ₍₁₎		No significativo	1,00 ₍₁₎		No significativo	0,00 ₍₁₎		No significativo
DISESTESIAS *	0,06 ₍₁₎		No significativo	1,00 ₍₁₎		No significativo	0,18 ₍₁₎		No significativo
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	-1,32 ₍₂₄₎		No significativo	-1,04 ₍₁₀₎		No significativo	0,41 ₍₁₀₎		No significativo
CONOCIMIENTO MENOPAUSIA *	2,86 ₍₁₎		No significativo	2,22 ₍₁₎		No significativo	1,00 ₍₁₎		No significativo
VALORACIÓN EMOCIONAL *	0,42 ₍₁₎		No significativo	0,37 ₍₁₎		No significativo	0,31 ₍₁₎		No significativo
ANSIEDAD/DEPRESIÓN *	0,56 ₍₁₎		No significativo	0,10 ₍₁₎		No significativo	0,07 ₍₁₎		No significativo
APOYO SOCIAL *	3,52 ₍₁₎		No significativo	6,92 ₍₁₎		No significativo	0,37 ₍₁₎		No significativo
APOYO FAMILIAR *	3,85 ₍₁₎		No significativo	0,15 ₍₁₎		No significativo	8,33 ₍₁₎		No significativo
SEXUALIDAD/PAREJA *	0,27 ₍₁₎		No significativo	3,20 ₍₁₎		No significativo	0,64 ₍₁₎		No significativo

† Nivel de significación p<0.05

** Significativo sin corrección de Bonferroni

* Aplicada corrección de Bonferroni

Para el análisis de la eficacia del programa de intervención se aplicó una diferencia de medias comparando la situación previa al tratamiento y después de éste. Se utilizó una **Prueba “t” de Muestras Relacionadas** para cada una de las puntuaciones totales de los cuestionarios. Y para analizar el seguimiento del grupo subclínico experimental, debido a que el número de sujetos era reducido, se utilizó, también, la prueba no paramétrica correspondiente a la prueba “t”, **La Prueba de los Rangos con Signo de Wilcoxon**. Al tratarse de una prueba no paramétrica no impone condiciones o supuestos tan restrictivos, por ejemplo, no exige que la distribución poblacional sea normal, y normalmente suele aplicarse en estudios donde el número de sujetos es inferior a 30 (Ferrán, 1997). Por este motivo, se decidió analizar los resultados del estudio, también, mediante esta prueba no paramétrica, con el fin de constatar si se seguían produciendo diferencias significativas en cada una de las variables dependientes mediante una prueba estadística más conservadora. Cabe destacar que obtuvieron los mismos resultados que con las pruebas paramétricas.

Por otro lado, se analizaron las diferencias producidas por el tratamiento, en cada uno de los síntomas del Índice de Kupperman y Blatt, así como en las diferentes escalas del inventario de calidad de vida. Para ello, se utilizó un **Análisis de Varianza de Medidas Repetidas** o también llamado **Modelo Lineal General de Medidas Repetidas**, que analiza grupos de variables dependientes relacionadas que representan las diferentes medidas del mismo atributo.

ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT: SINTOMATOLOGÍA FÍSICA

Ambos grupos experimentales mejoraron significativamente la sintomatología física al término del tratamiento, manteniéndose estos resultados al cabo de 6 meses. Las figuras 9.5., 9.6., 9.7. y 9.8. ilustran estos datos gráficamente.

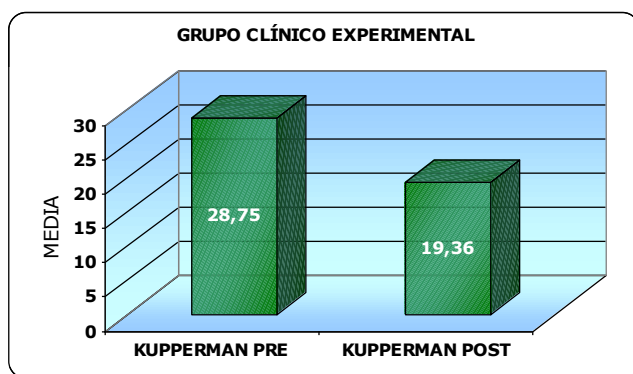


FIGURA 9.5. MEDIA ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

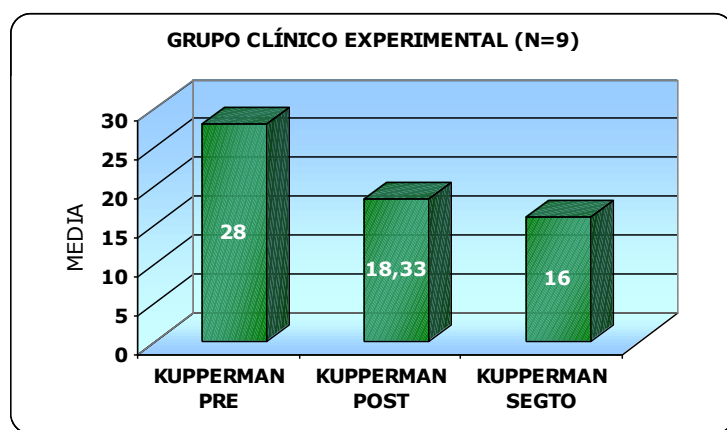


FIGURA 9.6. MEDIA ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS

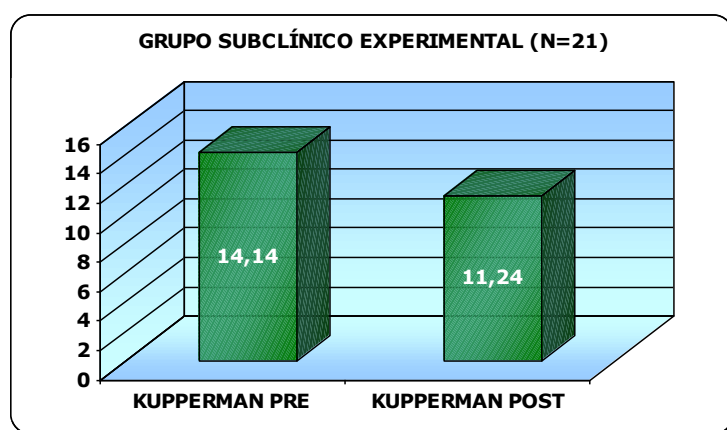


FIGURA 9.7. MEDIA ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL

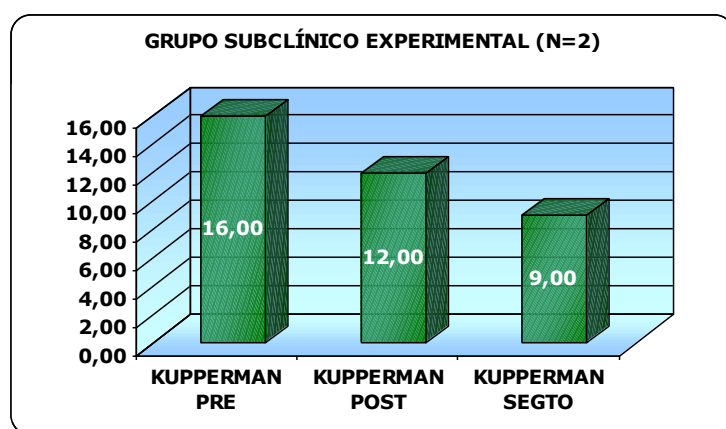


FIGURA 9.8. MEDIA ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

En el grupo clínico experimental al finalizar el tratamiento se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (con corrección de Bonferroni) en los sofocos, la melancolía y las mialgias. En el insomnio, los nervios, el vértigo, las cefaleas y las palpitaciones se obtuvo también una significación secundaria, es decir con una probabilidad de $p < 0.05$ (sin aplicar corrección de Bonferroni). Al cabo de los seis meses se obtuvo un descenso estadísticamente significativo en los sofocos, la melancolía y las disestesias y con una significación secundaria en el insomnio y las palpitaciones.

El grupo control tras la intervención no registró diferencias significativas en la sintomatología física (ver figuras 9.9. y 9.10.). En cambio, al cabo de 6 meses se obtuvo un descenso estadísticamente significativo en la puntuación global del índice de Kupperman y Blatt, aunque no se apreció en ninguno de los síntomas por separado. Las figuras 9.11 y 9.12. muestran las comparativas del grupo clínico experimental y grupo control en los tres momentos de la evaluación, respecto a esta variable dependiente.

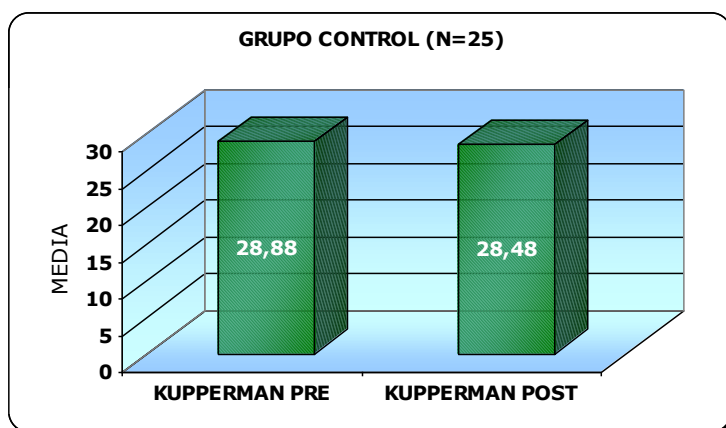


FIGURA 9.9. MEDIA ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CONTROL

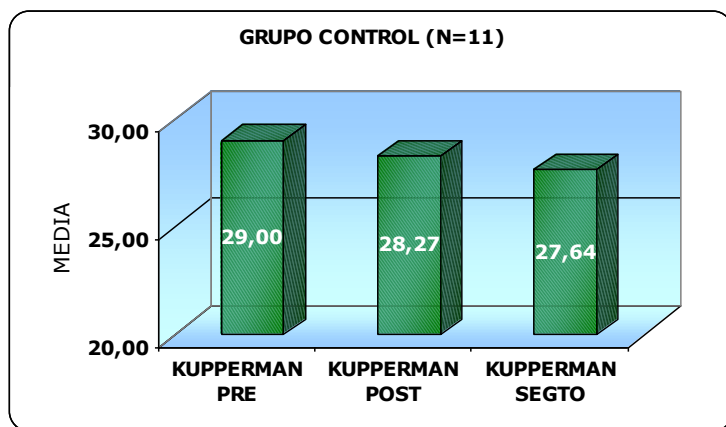


FIGURA 9.10. MEDIA ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT EN EL GRUPO CONTROL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

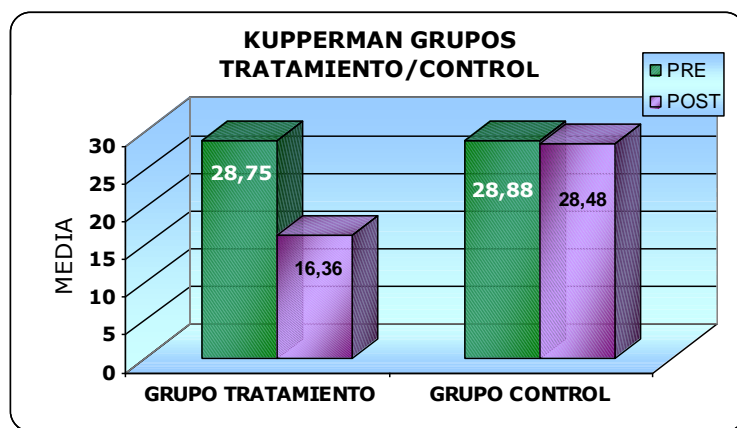


FIGURA 9.11. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DEL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT

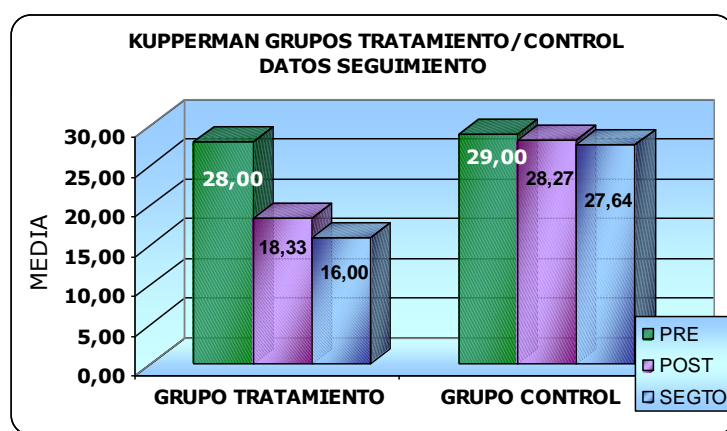


FIGURA 9.12. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DEL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT Y BLATT EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS GRUPOS SEGUIMIENTO

HADS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Tanto la ansiedad como la depresión se redujeron de forma significativa al finalizar la intervención en los dos grupos experimentales, manteniéndose esta mejoría a los 6 meses en grupo clínico. Estas diferencias pueden apreciarse gráficamente en las figuras 9.13., 9.14., 9.15., 9.16., 9.17., 9.18., 9.19. y 9.20.

Respecto al grupo control, no se registraron diferencias estadísticamente significativas en la fase postratamiento en ninguna de las dos escalas del HADS, aunque al cabo de 6 meses se produjo un descenso estadísticamente significativo en la ansiedad. Estos datos se ilustran de forma gráfica en las figuras 9.21., 9.22., 9.23. y 9.24.

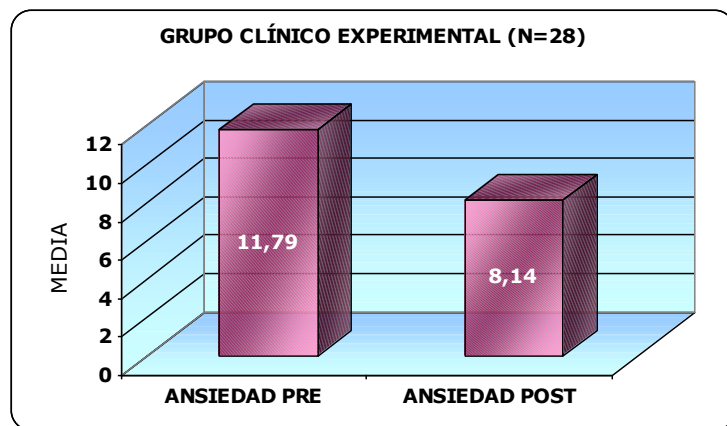


FIGURA 9.13. MEDIA ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL.

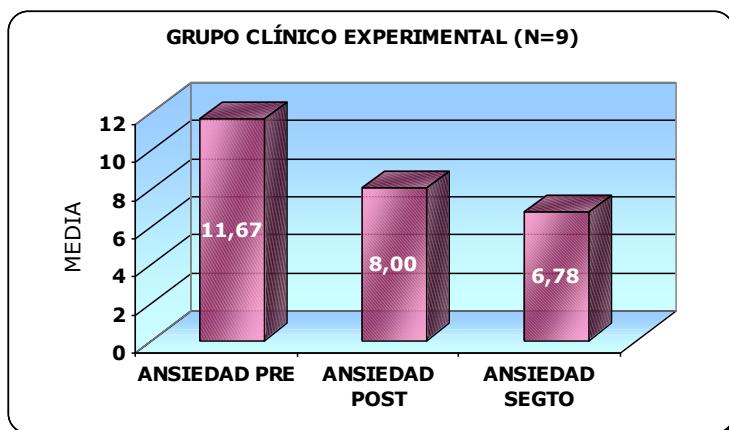


FIGURA 9.14. MEDIA ANSIEDAD EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

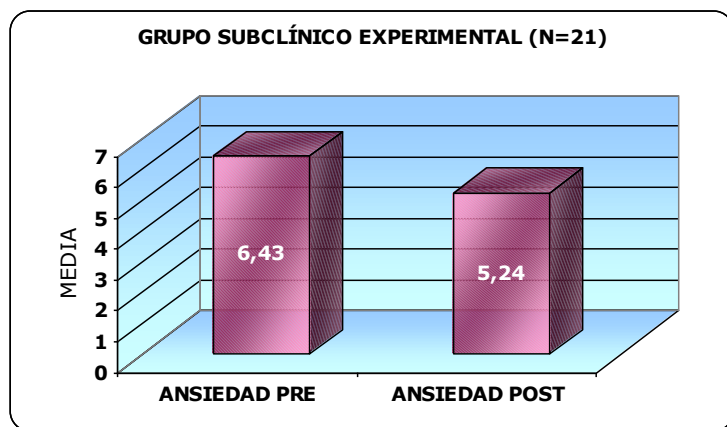


FIGURA 9.15. MEDIA ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL

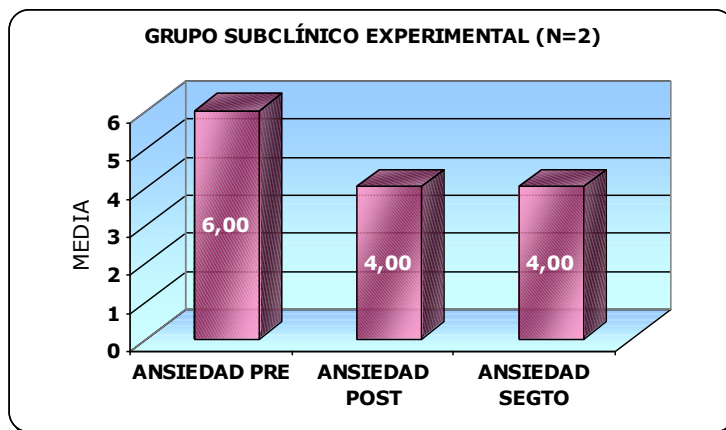


FIGURA 9.16. MEDIA ANSIEDAD EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

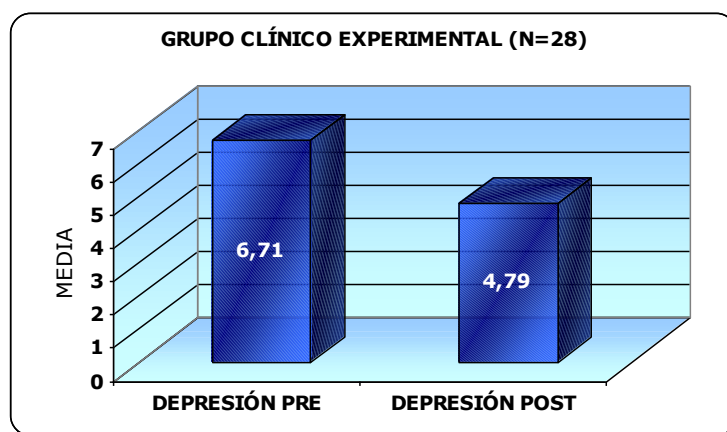


FIGURA 9.17. MEDIA DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL.

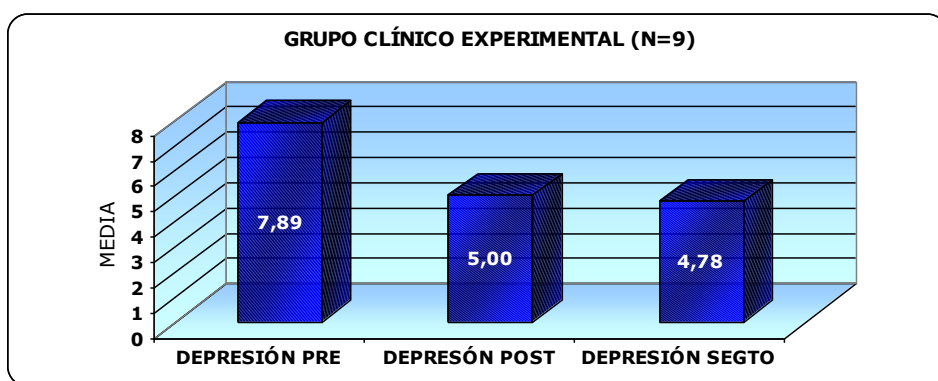


FIGURA 9.18. MEDIA DEPRESIÓN EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

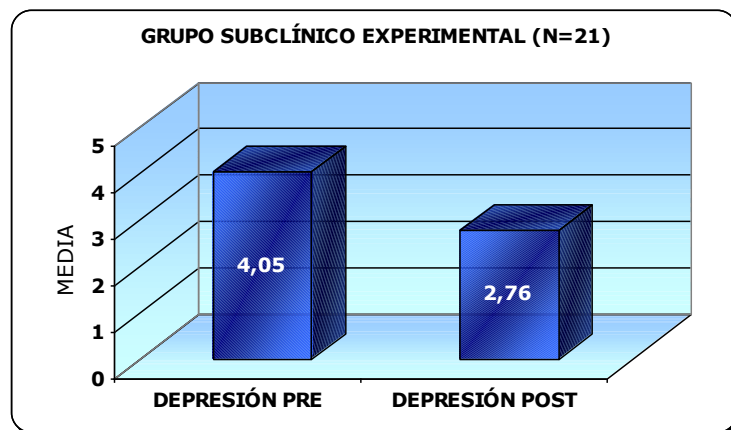


FIGURA 9.19. MEDIA DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL

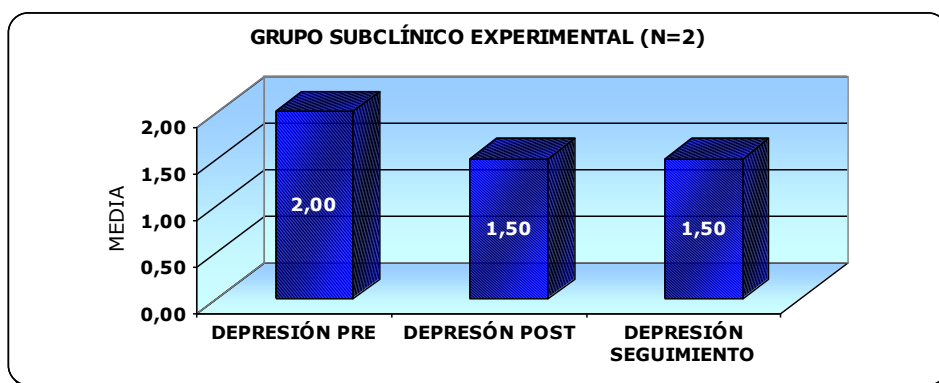


FIGURA 9.20. MEDIA DEPRESIÓN EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

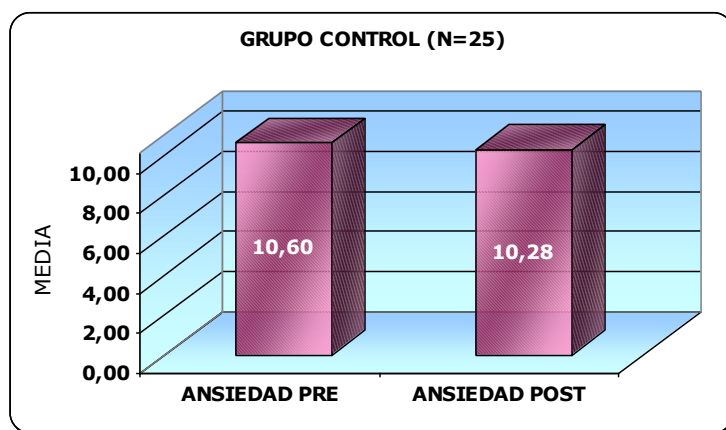


FIGURA 9.21. MEDIA ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CONTROL

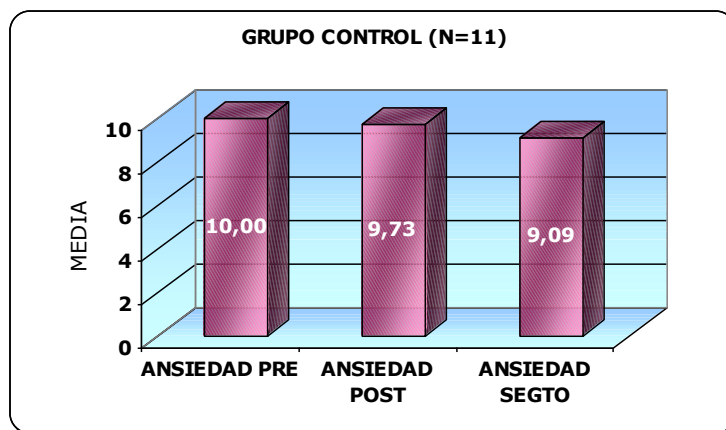


FIGURA 9.22. MEDIA ANSIEDAD EN EL GRUPO CONTROL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

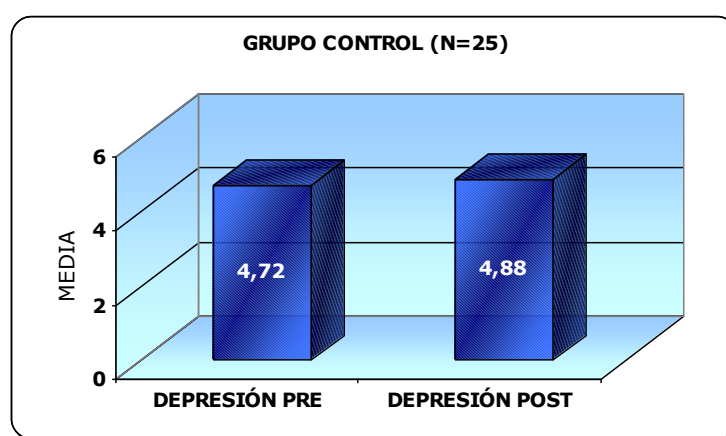


FIGURA 9.23. MEDIA DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CONTROL

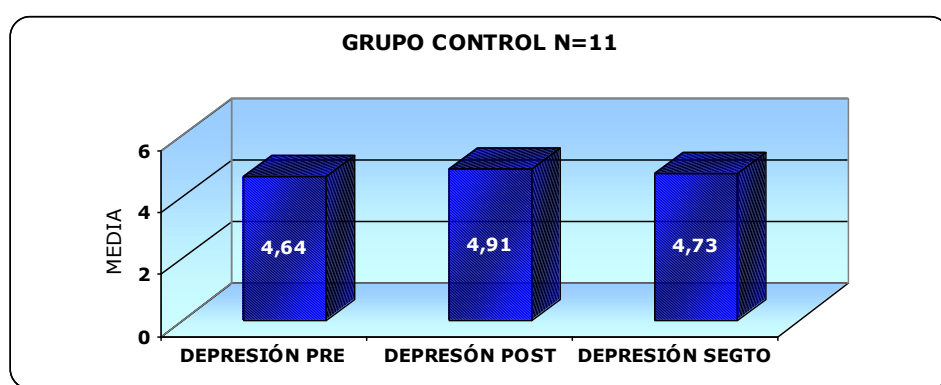


FIGURA 9.24. MEDIA DEPRESIÓN EN EL GRUPO CONTROL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

Las figuras 9.25., 9.26., 9.27. y 9.28. muestran gráficamente la comparativa de estas variables en los dos grupos clínicos del trabajo, experimental y control.

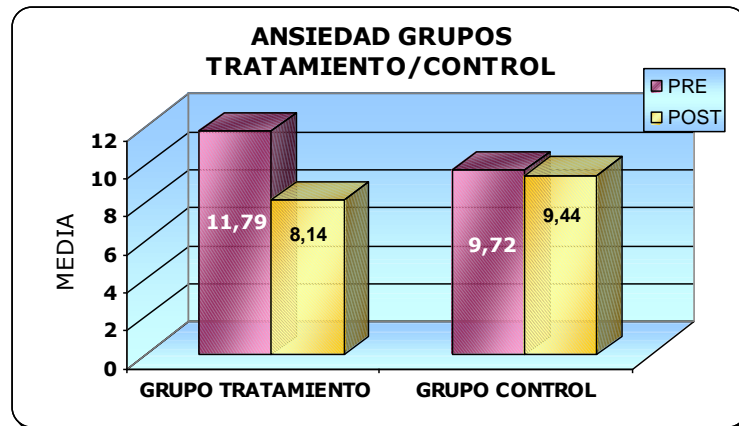


FIGURA 9.25. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LA ANSIEDAD.

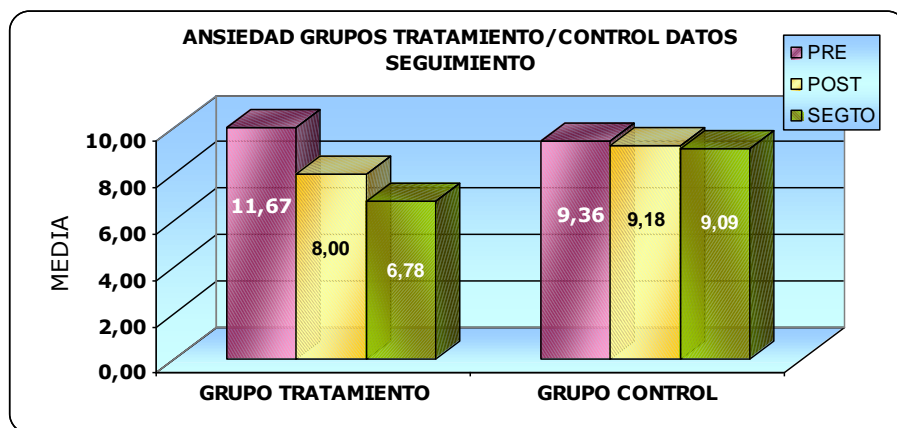


FIGURA 9.26. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LA ANSIEDAD EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS GRUPOS SEGUIMIENTO

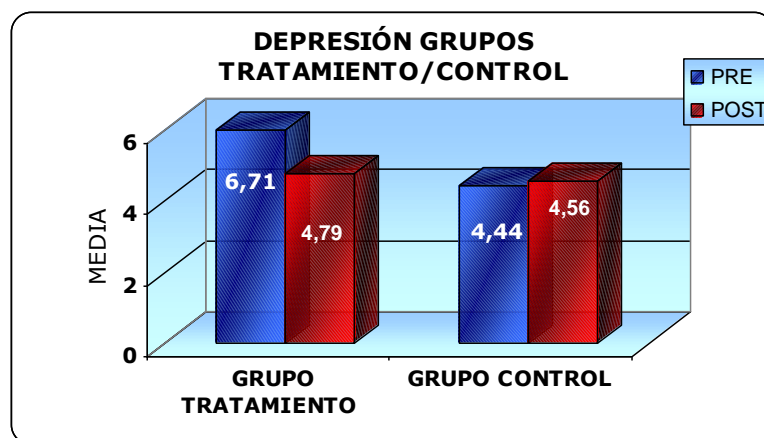


FIGURA 9.27. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LA DEPRESIÓN.

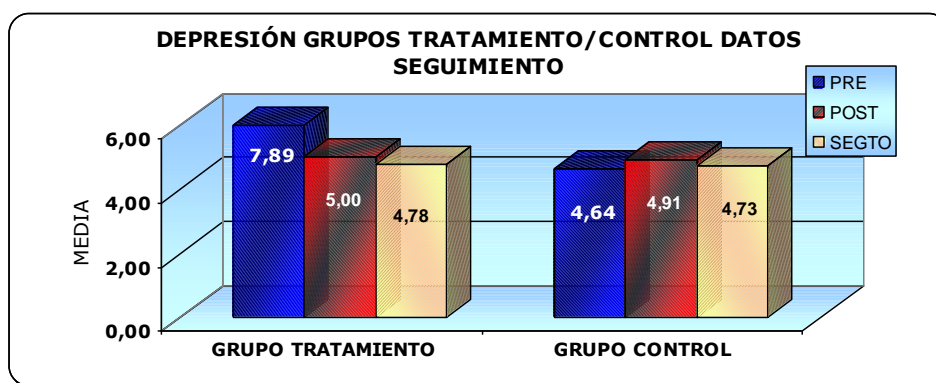


FIGURA 9.28. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LA DEPRESIÓN EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS GRUPOS SEGUIMIENTO

CALIDAD DE VIDA

En líneas generales, la calidad de vida mejoró significativamente en los dos grupos experimentales, y en el grupo clínico se mantuvo al seguimiento. Las figuras 9.29., 9.30., 9.31. y 9.32. muestran de manera gráfica lo comentado.

Analizando cada unas de las escalas del inventario de calidad de vida, se puede observar en las tablas 9.22. y 9.23. que el grupo clínico experimental mejoró significativamente su conocimiento acerca de la menopausia y en la escala de ansiedad y/o depresión. Por otro lado, también se observaron diferencias estadísticamente secundarias ($p < 0.05$) en el apoyo social y familiar. Al cabo de 6 meses se mantuvo el conocimiento acerca de proceso menopáusico y el apoyo familiar, y mejoró significativamente la valoración emocional acerca de este proceso y las relaciones sexuales y con la pareja.

Por su parte, el grupo subclínico mejoró de forma significativa su conocimiento sobre el climaterio y la ansiedad y/o depresión, observándose también diferencias estadísticamente secundarias en la escala de sexualidad y pareja.

El grupo control no registró ninguna mejoría estadísticamente significativa en la variable calidad de vida (ver figuras 9.33. y 9.34.).

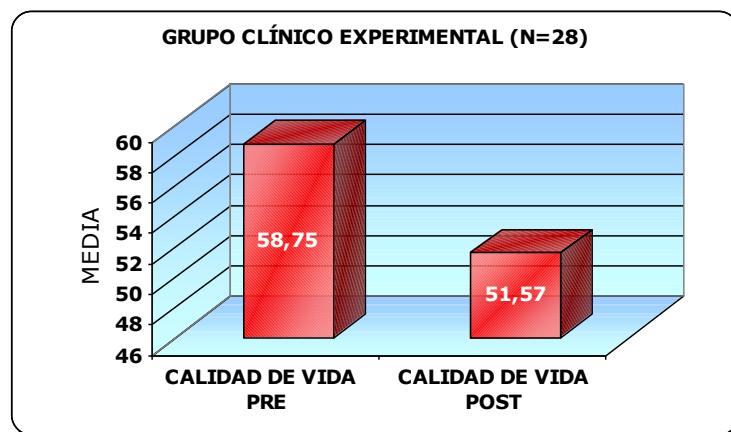


FIGURA 9.29. MEDIA CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL

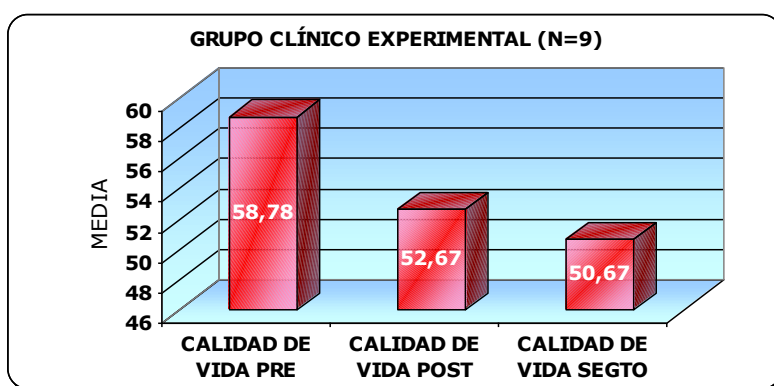


FIGURA 9.30. MEDIA DEPRESIÓN EN EL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

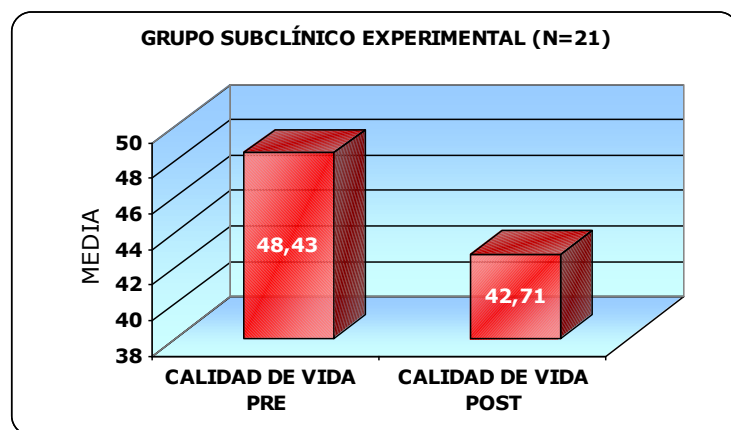


FIGURA 9.31. MEDIA CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL

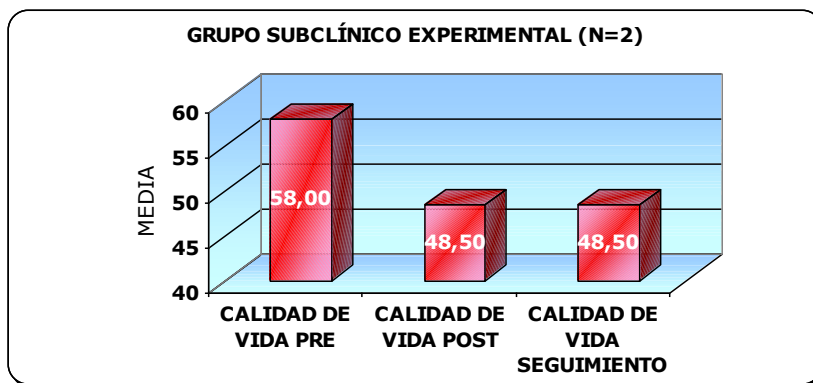


FIGURA 9.32. MEDIA DEPRESIÓN EN EL GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

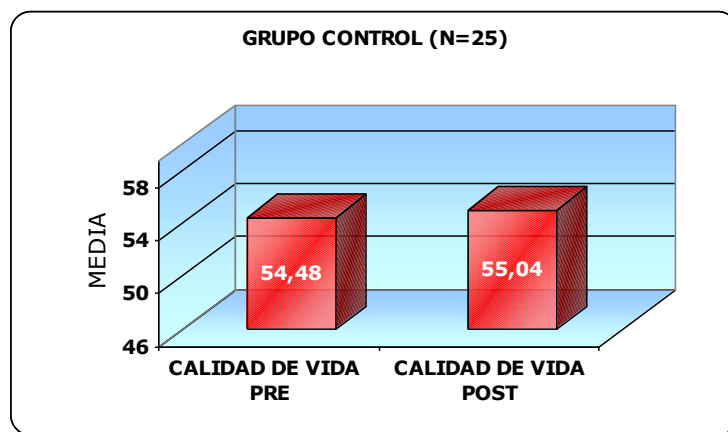


FIGURA 9.33. MEDIA CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN EL GRUPO CONTROL

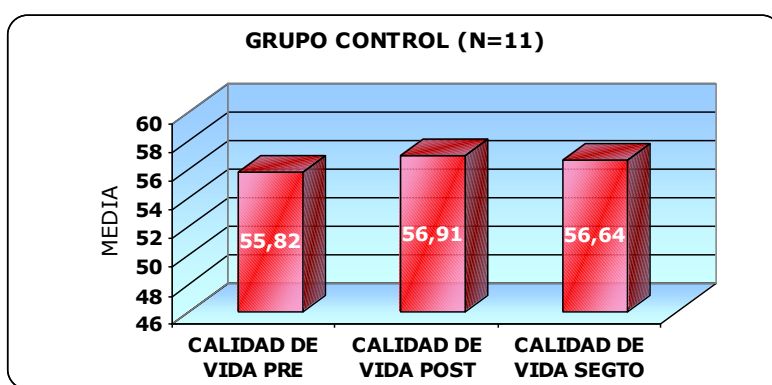


FIGURA 9.34. MEDIA DEPRESIÓN EN EL GRUPO CONTROL EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

Al igual que con las variables anteriores las siguientes figuras (9.35. y 9.36.) muestran las comparativas del grupo clínico experimental y el grupo control en los tres momentos de la evaluación para la calidad de vida.

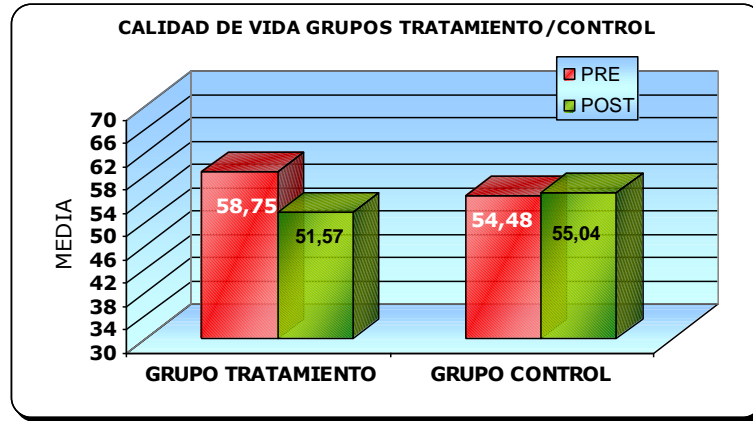


FIGURA 9.35. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LA CALIDAD DE VIDA

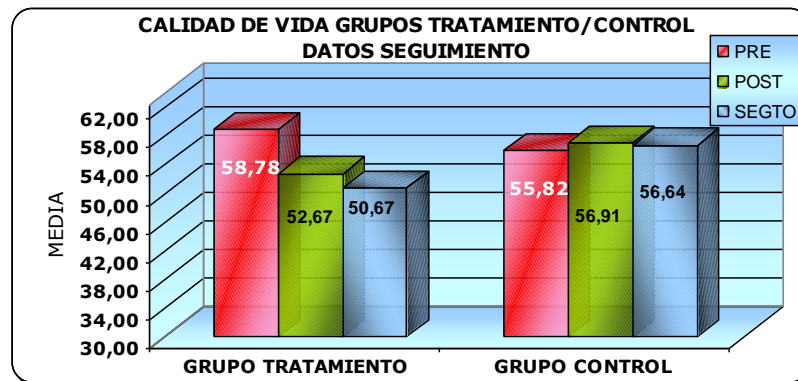


FIGURA 9.36. COMPARATIVA GRUPOS CLÍNICO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS GRUPOS SEGUIMIENTO

9.2.5. SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

La significación clínica se evaluó en función del porcentaje de mujeres que alcanzaron puntuaciones indicativas de ausencia de trastorno o morbilidad.

Respecto al índice de Kupperman y Blatt el 53.6% de las mujeres del grupo clínico experimental obtuvo en el postratamiento una puntuación inferior a 20 puntos y el 77.7% en el seguimiento (ver figuras 9.37. y 9.38.).

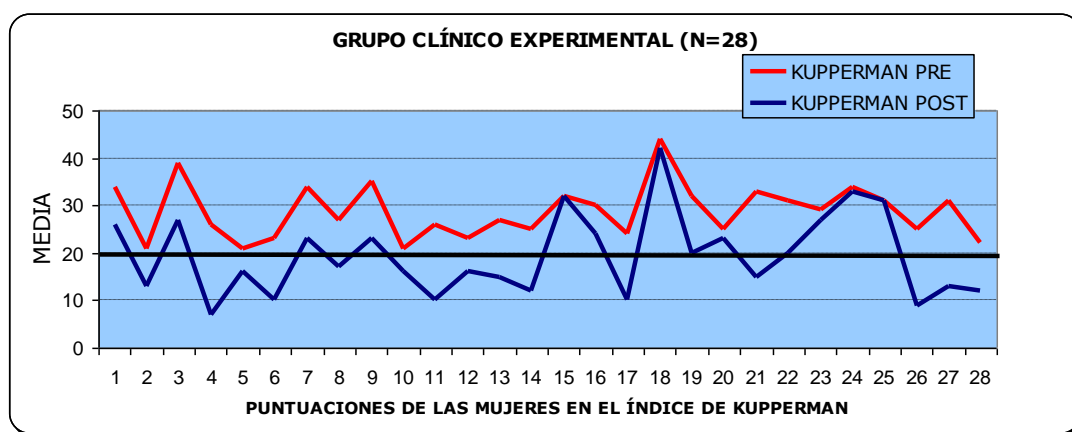


FIGURA. 9.37. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN EL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

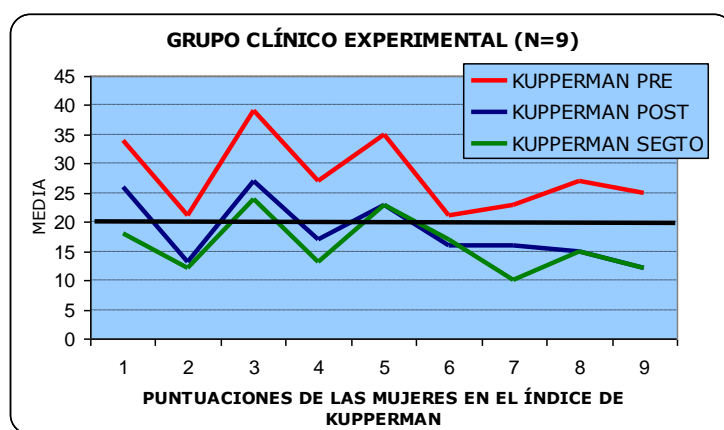


FIGURA 9.38. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN EL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

En el grupo control, ninguna de las mujeres bajó de los 20 puntos en la situación postratamiento y tampoco al cabo de los 6 meses. Estos datos se muestran gráficamente en las figuras 9.39. y 9.40.

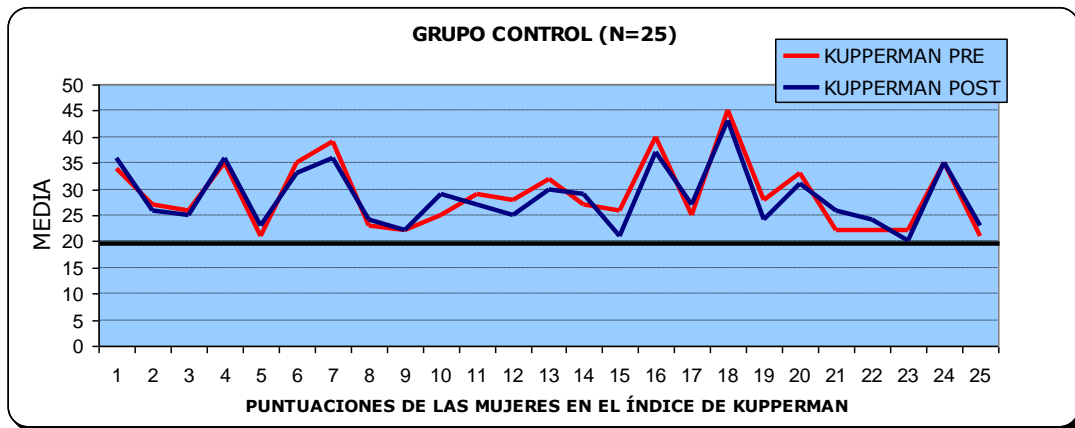


FIGURA. 9.39. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CONTROL EN EL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

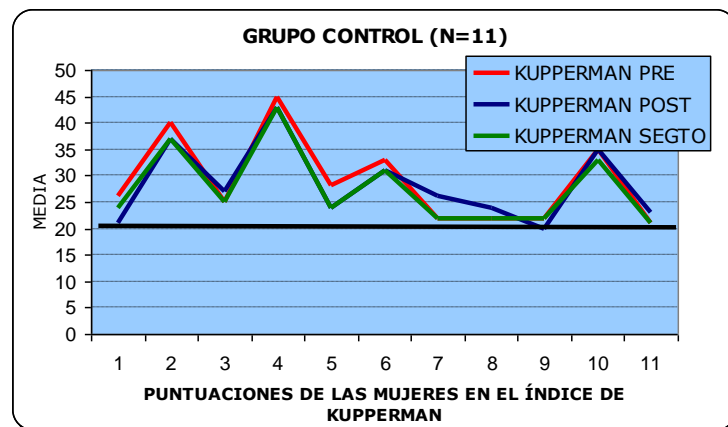


FIGURA 9.40. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CONTROL EN EL ÍNDICE DE KUPPERMAN Y BLATT EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

Analizando la significación clínica de la ansiedad y la depresión en el grupo clínico experimental, puede apreciarse en las figuras 9.41., 9.42., 9.43. y 9.44. que se produjo un descenso del 96.1% inicial de ansiedad de moderada a alta al 54% al finalizar el tratamiento. Por otro lado, al inicio de la intervención el 39.3% de las mujeres de este grupo presentaban una depresión de moderada a alta y al finalizar el mismo este porcentaje se redujo al 25%. Manteniéndose estos resultados en las dos variables al cabo de 6 meses.

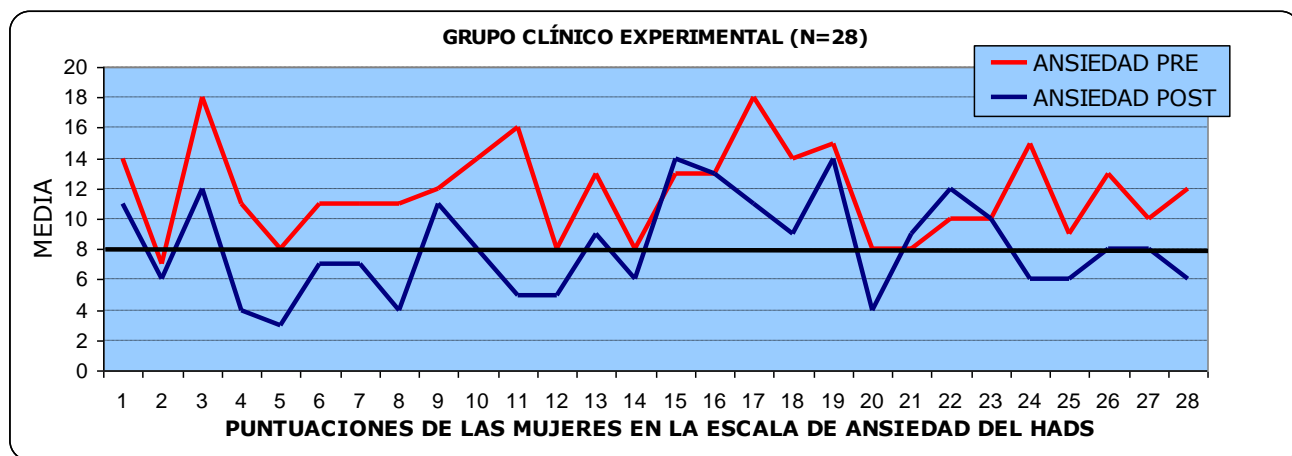


FIGURA 9.41. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LA ESCALA DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

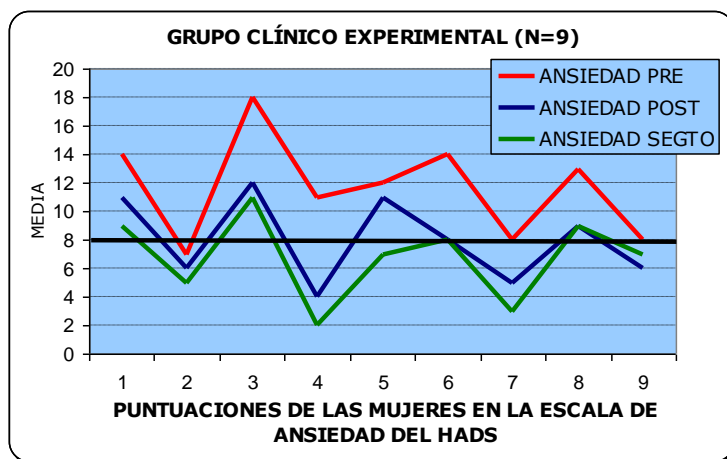


FIGURA 9.42. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LA ESCALA DE ANSIEDAD EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO



FIGURA 9.43. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

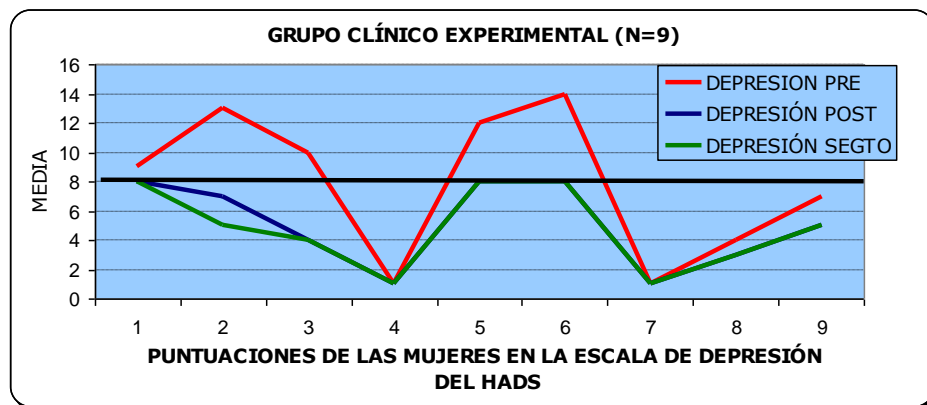


FIGURA 9.44. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

Al inicio del programa de intervención el 100% de las mujeres del grupo control presentaban una ansiedad de moderada a alta y al término del mismo se mantuvo este porcentaje. En el seguimiento este porcentaje se redujo al 90%. Con respecto a la depresión en la fase pretratamiento el 24% de las mujeres puntuaron en la escala de depresión de forma moderada o alta y en la fase postratamiento, al igual que con la ansiedad, este porcentaje se mantuvo.

Transcurrido 6 meses de la finalización de la intervención el porcentaje de mujeres con depresión de moderada a alta aumentó al 36.36%. Estos datos quedan reflejados de forma gráfica en las figuras 9.45. ,9.46., 9.47. y 9.48.

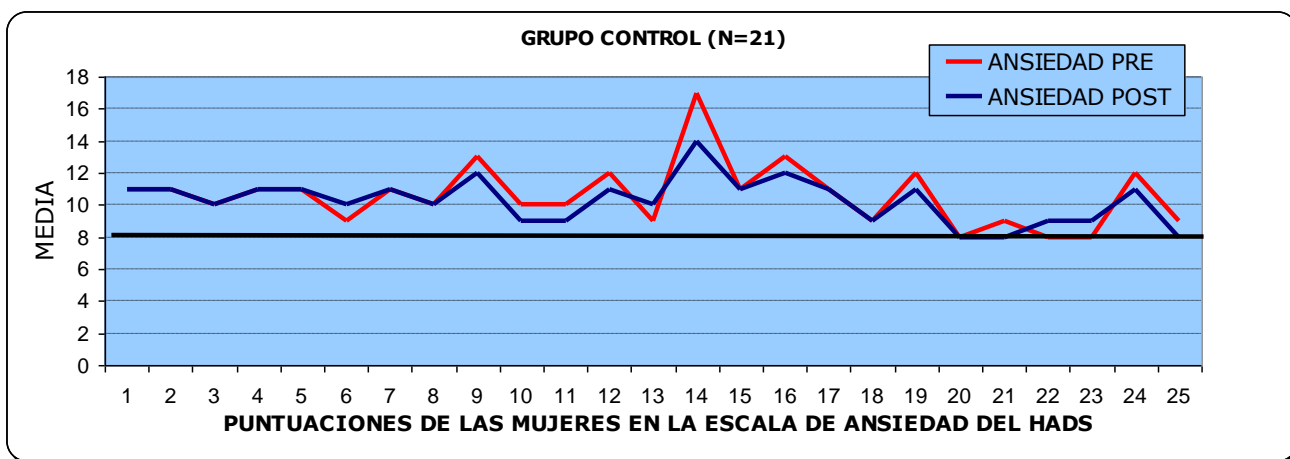


FIGURA 9.45. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CONTROL EN LA ESCALA DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

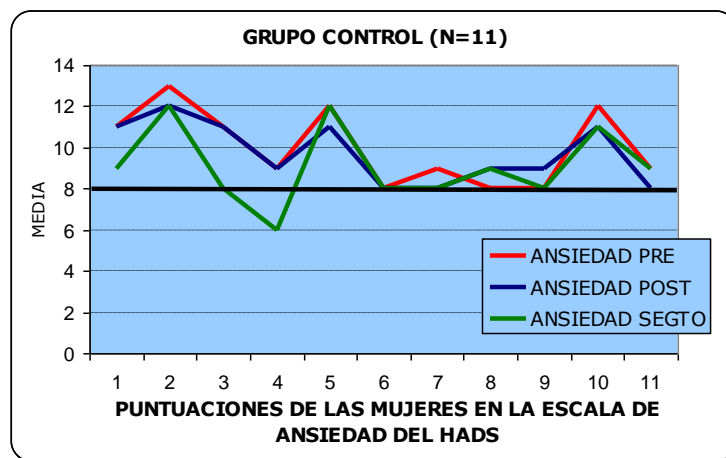


FIGURA 9.46. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CONTROL EN LA ESCALA DE ANSIEDAD EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO



FIGURA 9.47. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CONTROL EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

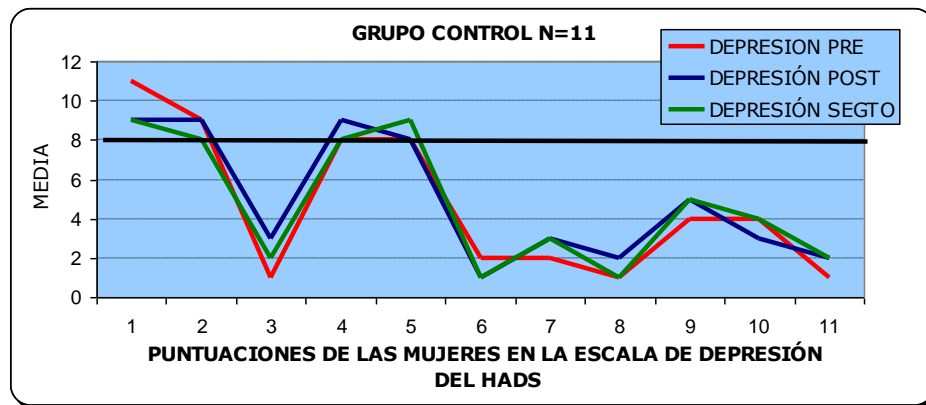


FIGURA 9.48. PUNTUACIONES DE LAS MUJERES DEL GRUPO CONTROL EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN EN LOS TRES MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL GRUPO SEGUIMIENTO

9.2.6. TAMAÑO DEL EFECTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN Y POTENCIA ESTADÍSTICA.

El tamaño del efecto conseguido por el programa de intervención en la reducción de la sintomatología se calculó mediante el programa G*Power (Buchner, Erdfelder y Faul, 1997).

En la tabla 9.27. se refleja la potencia estadística y el tamaño del efecto conseguido por el tratamiento en cada una de las variables dependientes para ambos grupos experimentales.

En el grupo clínico se obtuvo un tamaño de efecto elevado para el índice de Kupperman y Blatt y la ansiedad, y medio para la calidad de vida y la depresión, aunque las potencias

estadísticas para todas las variables fueron elevadas. En el seguimiento, aumentó el tamaño del efecto para la calidad de vida, pero la potencia estadística de esta variable descendió ligeramente, esto mismo ocurrió con la depresión.

Respecto al grupo subclínico, en el postratamiento los tamaños del efecto alcanzados para todas las variables fueron medios, obteniéndose una potencia estadística elevada para la ansiedad y la calidad de vida. Al cabo de 6 meses se registraron tamaños de efectos elevados, aunque las potencias estadísticas fueron medias o bajas.

Tabla 9.27. Tamaños del efecto y Potencias estadísticas para las variables dependientes

VARIABLES	GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL				GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL			
	Pretto./Postto.(N=28)		Pretto./Segto.(N=9)		Pretto./Postto.(N=21)		Pretto./Segto.(N=2)	
	T.E.	Potencia	T.E.	Potencia	T.E.	Potencia	T.E.	Potencia
HADS ANSIEDAD DEPRESIÓN	1,17 0.60	0.99 0.71	1,49 0.77	0.92 0.47	0.76 0.43	0.88 0.49	1,42 1.00	0.25 0.17
INDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN	1,28	0.99	2,07	0.99	0.43	0.48	3,50	0.71
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA	0.63	0.75	0.91	0.58	0.69	0.82	1,46	0.26

9.2.7. VALORACIÓN QUE LAS PARTICIPANTES HACEN DEL TRATAMIENTO

Al finalizar el programa de intervención se entregó a todas las mujeres un autorregistro para saber en que medida el programa de intervención se había adecuado a sus necesidades y si gracias a él habían mejorado su situación respecto a la menopausia. El grupo clínico experimental obtuvo una puntuación media de 8 puntos en una escala de 0 a 10, y para el grupo subclínico la media fue de 7. Las figuras 9.49. y 9.50. reflejan las puntuaciones de cada mujer al programa de intervención.

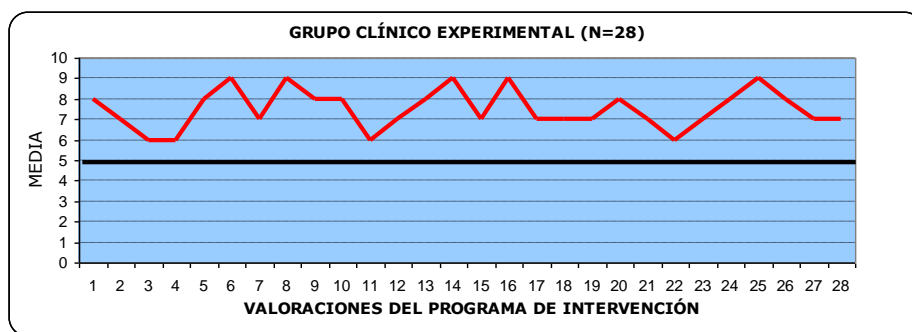


FIGURA 9.49. VALORACIÓN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL

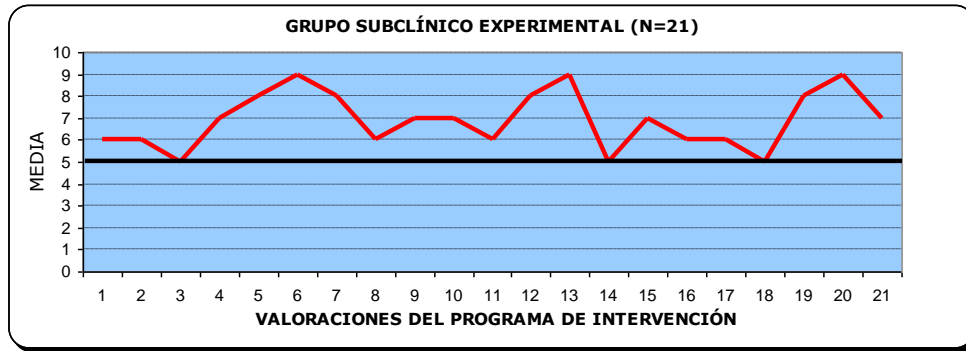


FIGURA 9.50. VALORACIÓN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL

9.3. CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS

H₁. Si el tratamiento cognitivo-conductual es más eficaz que la ausencia de éste, entonces:

H_{1a}: Habrá un grado significativamente mayor de remisión de sintomatología psicológica y física asociada a la menopausia en las mujeres en la situación postratamiento y seguimiento que en la situación pretratamiento.

- ✓ Se confirma, puesto que en la situación postratamiento se obtienen diferencias estadísticamente significativas tanto en el índice de Kupperman y Blatt como en ambas escalas del HADS, manteniéndose estos resultados al seguimiento.

H_{1b}: Habrá un grado significativamente mayor de remisión de sintomatología psicológica y física asociada a la menopausia en las mujeres asignadas a la condición experimental que en las asignadas al grupo control.

- Se confirma parcialmente, porque aunque se obtienen diferencias estadísticamente significativas tanto en postratamiento como en seguimiento en el grupo clínico

experimental, el grupo control también obtuvo diferencias estadísticamente significativas al cabo de 6 meses en la escala de ansiedad y en la puntuación global del índice de Kupperman y Blatt. Aunque la remisión en estas variables no alcanzó valores indicativos de significación clínica.

H_{1c}. Habrá un grado significativamente mayor de mejoría en la variable calidad de vida en las mujeres en la situación postratamiento y seguimiento que en la situación pretratamiento.

- ✓ Se confirma, pues se obtienen diferencias estadísticamente significativas en los dos momentos de evaluación posteriores al tratamiento.

H_{1d}. Habrá un grado significativamente mayor de mejoría en la variable calidad de vida en las mujeres asignadas a la condición experimental que en las asignadas al grupo control.

- ✓ Se confirma. A diferencia del grupo clínico experimental, en el grupo control no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ni en la evaluación postratamiento, ni en la llevada a cabo al seguimiento.

10. DISCUSIÓN

En este apartado se presenta la discusión de los datos encontrados en este trabajo. Se ha decidido abordar por separado aspectos relacionados con: la metodología, la muestra, y el tratamiento. Por último se comentan las limitaciones de la investigación y futuras líneas de investigación dentro de este campo.

10.1. RESPECTO A LA METODOLOGÍA

Uno de los principales problemas metodológicos de cualquier investigación con muestra clínica es el tamaño de ésta, por la dificultad que entraña conseguir participantes que se ajusten a determinados criterios de inclusión.

Aunque la menopausia se trate de un proceso natural en el sexo femenino, esto no significa que todas las mujeres pasen por este proceso de igual forma. Así, sólo algunas mujeres cumplen una serie de criterios clínicos que denotan la presencia de sintomatología física y/o psicológica de forma moderada o alta, siendo precisamente este motivo el que induce generalmente, la búsqueda de ayuda de especialistas para paliar estos síntomas. A todo esto se une el gran desconocimiento que las mujeres tienen acerca del climaterio y de las posibles alternativas terapéuticas para este proceso. De ahí la necesidad de ofrecer más información a este sector de la población para que no padezcan las consecuencias negativas del proceso menopáusico de forma innecesaria. Por tanto, este trabajo ha contado con dificultades similares a otras investigaciones con distinta población clínica en cuanto al reclutamiento de las participantes.

En el presente estudio se ha minimizado el problema del tamaño de la muestra por contar con un número de participantes relativamente amplio, sobre todo si se comprara con trabajos parecidos a éste. El trabajo de Hunter y Liao (1996) tenía una muestra total de 52 mujeres entre los grupos experimentales y el grupo control, y los trabajos de Camuñas y cols. (2001) y Sueiro y cols. (1999) contaban con una muestra de 10 y 8 mujeres, respectivamente. La muestra de este estudio ha contado con 49 mujeres en el grupo tratamiento, 28 de ellas con presencia de sintomatología física y psicológica moderada o alta, y con 25 mujeres en el grupo control con los mismos criterios que las anteriores.

Otro de los problemas metodológicos con los que un trabajo de investigación con muestra clínica se puede encontrar es la ausencia de grupo control. Para obtener resultados sólidos se hace necesario la utilización de este grupo, pero pueden plantearse problemas de tipo ético. En primer lugar, por no aplicarse la intervención a este grupo, y en segundo lugar, y en el caso concreto de esta investigación, por depender de instituciones donde las mujeres acuden precisamente a recibir este tratamiento. Por ambos motivos se decidió reclutar el grupo control por medios diferentes a los grupos experimentales.

Las participantes del grupo control procedían de los mismos municipios de las instituciones públicas donde se aplicó la intervención y de municipios cercanos a éstos, y se reclutaron mediante la técnica de “la bola de nieve”. Éstas mujeres accedieron a participar en el estudio exclusivamente con el objetivo de reportar su situación con respecto al proceso menopáusico en los tres momentos de evaluación; de esta forma no se negaba el tratamiento a ninguna mujer que lo hubiera solicitado.

La única dificultad que se planteó fue reclutar una muestra con similar número de participantes al grupo clínico experimental que cumplieran los criterios clínicos establecidos. No obstante, se consiguió el objetivo.

Aunque las participantes no fueron asignadas de manera aleatoria a las condiciones experimental y control, se controló a posteriori que los grupos fueran homogéneos en las variables dependientes del estudio.

Algo parecido ocurrió con los terapeutas de programa; por razones ajenas a la propia investigación no se pudo aplicar la constancia o el balanceo como método para controlar esta variable. No obstante, tras la intervención se comprobó, mediante un análisis de la varianza de las puntuaciones obtenidas en las diferentes variables dependientes, que este factor no interfirió en los resultados del tratamiento.

Por otra parte, aunque el programa de intervención en un principio se diseñara para muestra clínica, finalmente, por cuestiones éticas y por interés de la propia investigación, se aplicó a todas las mujeres que lo demandaran dividiendo la muestra en un grupo clínico y otro subclínico, utilizándose la totalidad de los resultados, y como es lógico, estableciendo la diferencia entre ambos grupos. Sin embargo, aunque se analizara la evolución de la muestra subclínica no se consideró necesario ni relevante comparar sus resultados con los de un grupo control de características también subclínicas.

Estas últimas cuestiones, aunque a priori pudiera pensarse que disminuyan la validez interna del estudio, contribuyen, sin embargo, a aumentar la validez externa del mismo. Así, en condiciones normales, o en la práctica clínica habitual, un tratamiento de estas características es más susceptible de ser aplicado por diferentes terapeutas y de ser administrado a quien lo demande. En este sentido, se pretendió que el trabajo tuviera los controles metodológicos precisos para una investigación, pero que el tratamiento fuera aplicado en unas condiciones muy reales.

Para finalizar, cabe destacar la existencia de dos factores que han contribuido a facilitar la práctica del tratamiento en la clínica habitual. En primer lugar, la reducción en el número de sesiones (con respecto al estudio piloto) no interfirió en la eficacia del tratamiento, principalmente, debido a que no varió la duración total del programa. Así en la modalidad de 8 sesiones la duración de las mismas se alargó a 120 minutos, en lugar de a los 90 minutos de la modalidad de 10 sesiones. Esto indica que se puede acomodar el número de sesiones en función de la disponibilidad del centro o las participantes.

Segundo, el que el programa fuera impartido por diferentes terapeutas no supuso un inconveniente. Se ha verificado que ante un mismo patrón de intervención cualquier profesional de la psicología clínica capacitado puede conseguir éxito terapéutico con la aplicación de este tratamiento.

10.2. RESPECTO A LA MUESTRA

10.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La media de edad de las mujeres de esta investigación coincide con la edad promedio de aparición del proceso menopáusico en España (OMS, 1996), por tanto, se trata de una muestra muy representativa en este aspecto.

En líneas generales, la muestra se ha caracterizado por ser mujeres casadas (87.8%), amas de casa (77%) y con hijos (todas ellas tienen hijos). Cabe destacar que los tres grupos de la investigación (clínico, subclínico y control) son muy similares en todas las variables sociodemográficas evaluadas.

Probablemente, las amas de casa dispongan de una mayor flexibilidad en sus horarios para acudir a este tipo de intervención, e incluso para demandar ayuda o participar en las

actividades propuestas por las instituciones públicas, de ahí el elevado porcentaje de éstas con respecto a mujeres activas o desempleadas en el momento de la intervención. En la actualidad, sólo el 22% de las mujeres españolas entre 45 y 65 años se encuentran en situación activa (INE, 2005). Estos datos indican que la muestra reclutada para el estudio se asemeja bastante a la población general femenina en España en este intervalo de edad.

Se contactó con diferentes ayuntamientos de la Comunidad de Madrid y tres de ellos accedieron a que se aplicara la intervención en sus centros, la Casa de la Mujer de Fuenlabrada y las Concejalías de la Mujer de Leganés y de Collado-Villalba. Hay que destacar que varias mujeres del grupo control pertenecían a estos mismos municipios, aspecto que contribuyó a garantizar una mayor homogeneidad entre los grupos.

Por la “relativa facilidad” encontrada en el reclutamiento de la muestra en estos municipios, se podría deducir que las mujeres de la Comunidad de Madrid están habituadas a participar en las actividades que estas instituciones públicas les ofrece y que se muestran muy interesadas en ellas. Según comentaban las diferentes responsables de los centros, había gran demanda de todo tipo de talleres, y dada las características de las instalaciones, en ocasiones, se encontraban con dificultades para dar cabida a todas las solicitudes.

10.2.2. SINTOMATOLOGÍA MENOPÁUSICA Y CALIDAD DE VIDA

Después de reclutar toda la muestra de la investigación, se comprobó que antes de la intervención el grupo clínico experimental y el grupo control eran homogéneos en todas las variables dependientes del estudio, y éstas son: Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt, ansiedad, depresión y calidad de vida.

Puesto que el tratamiento estaba diseñado para muestra clínica, lo más importante era analizar cuales eran los síntomas menopáusicos referidos de manera intensa o moderada por las mujeres de los grupos clínicos (experimental y control). Las mujeres de ambos grupos puntuaron más alto en los mismos ítems del Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt: los sofocos, el nerviosismo, las mialgias y la melancolía.

Por otro lado, los síntomas referidos de manera más intensa por las mujeres del grupo subclínico fueron las cefaleas, las mialgias y el nerviosismo.

Precisamente el sofoco es el síntoma más común y por el que se demanda mayor atención sanitaria (OMS, 1996). En España se estima que entre el 60% y el 80% de las mujeres climatéricas tienen síntomas vasomotores (Instituto de la Mujer, 1999). Prevalencias muy parecidas se encontraron en este estudio: el 89.3% de las mujeres del grupo clínico experimental y el 100% de las mujeres del grupo control padecían de sofocos, y de forma intensa o moderada en el 78.6% y el 92%, respectivamente.

Como se comentó en la parte teórica, los sofocos pueden ser inducidos por situaciones estresantes (Wentz, 1988; Swartzman y Edelberg, 1983; Gannon y cols., 1987; Wentz, 1988; Swartzman, Edelberg y Kerman, 1990; Hunter y Liao, 1995). Este dato se relaciona con los altos niveles de ansiedad encontrados en la muestra clínica.

Las mialgias y las artromialgias son síntomas muy frecuentes durante el climaterio. El proceso menopáusico provoca una hipersensibilidad muscular y una pérdida en la fuerza del músculo, generando las mialgias. Por otro lado, éstos síntomas están íntimamente ligados con la osteoporosis (OMS, 1996). La ansiedad y el estrés tienen un impacto negativo en los pacientes con mialgias o algún tipo de dolor, a su vez, los estallidos de dolor pueden aumentar la carga de estrés del paciente (Millea y Brodie, 2002). Diversos trabajos han defendido y comprobado que la relajación es una buena alternativa terapéutica para minimizar la respuesta del estrés en los pacientes con dolor crónico (Jacobson, 1929; Blas y Labrador, 1984; Engel, 1994; Boyle, y Ciccone, 1994; Pastor, Díaz y Martínez, 1999; Johnson, 2004; Gay, 2004)

Las mialgias eran referidas por la gran mayoría de las mujeres participantes en la investigación (el 89.3% del grupo clínico, el 72% del grupo control y el 80.9% del grupo subclínico), aunque lógicamente, de manera más intensa por las mujeres del grupo clínico experimental (71.4%) y del grupo control (56%).

Las elevadas puntuaciones alcanzadas en los ítems del nerviosismo y la melancolía del Índice de Kupperman y Blatt, por parte de las mujeres de la muestra clínica en la situación pretratamiento, son congruentes con los datos obtenidos en ambas escalas del HADS. Evidentemente, tanto el grupo clínico experimental como el grupo control presentaron mayores de niveles de ansiedad y depresión que el grupo subclínico. Así, el 100% de las mujeres del grupo control y el 96.1% del grupo clínico experimental puntuaron de forma moderada o alta en la escala de ansiedad del HADS. El 28.8% de las mujeres del grupo subclínico también manifestaba ansiedad moderada o alta.

En cuanto a la escala de depresión, los mayores niveles de sintomatología intensa o moderada se encontraron, de nuevo, en los dos grupos con muestra clínica: el 39.3% de las participantes del grupo clínico experimental y el 24% de las integrantes del grupo control.

Estos datos indican que la sintomatología psicológica tiene, al menos, la misma importancia que la física en el proceso menopáusico. Por este motivo, las intervenciones para este período de las mujeres deben contemplar estrategias para paliar ambos tipos de síntomas. El hecho de que coexistan síntomas físicos y psicológicos en el proceso menopáusico hace sospechar que se produzca una especie de “círculo vicioso” entre ellos. Así, la sintomatología física exacerba la aparición de la sintomatología psicológica (por ejemplo, la repetición continuada de sofocos provoca malestar o ansiedad en la mujer, llegando a limitar su vida cotidiana, lo que puede generar, estados depresivos); y a la inversa, los síntomas psicológicos precipitan los síntomas físicos (situaciones que generen estrés o ansiedad en la mujer predisponen la aparición de sofocos).

Además, es necesaria la incorporación en dichas intervenciones de aspectos en promoción de la salud, para la prevención de determinados trastornos que puedan desarrollarse a largo plazo tras la menopausia (trastornos cardiovasculares, osteoporosis, etc.)

Cabe destacar el gran desconocimiento acerca del proceso menopáusico reportado por las mujeres de la muestra al inicio de la intervención. La mayor parte de ellas tenía un conocimiento medio o bajo de la menopausia, aunque, también de forma mayoritaria, valoraban este proceso como algo negativo. Es un dato paradójico que aun desconociendo cuales eran las posibles consecuencias de este nuevo acontecimiento en sus vidas prejuzgaran que este cambio iba a ser altamente perjudicial para ellas. Es muy probable que la falta de información, o la información confusa que circula por la sociedad, los estereotipos o prejuicios en torno al proceso menopáusico, fueran los responsables de esta valoración.

Es curioso que las mujeres lleguen a este proceso con tanta desinformación, provocando altos niveles de ansiedad, sobre todo si la poca información de la que se dispone es errónea y en muchos casos sesgada negativamente.

Por lo tanto, se podría inferir que la etapa menopáusica aún es una gran desconocida para la mayoría de las mujeres. Siguen existiendo temores y falsos mitos acerca de lo que acontece en este período, quizás, debido a que es insuficiente la información que se ofrece por parte de las instituciones encargadas de ello (centros de salud, asociaciones, colectivos de mujeres, instituciones públicas dedicadas a la mujer, etc.). Pero, no sólo es importante ofrecer información

a las más interesadas, es decir, a las mujeres climatéricas, sino al resto de la sociedad, porque en definitiva, es un hecho que a todos, en mayor o menor medida, afecta. De esta forma se eliminarían esas falsedades, que en muchas ocasiones, pueden ser, en parte, las responsables del malestar que pudiera aparecer en la menopausia.

Los tratamientos durante esta etapa, además de aliviar la sintomatología, deben fomentar una mejora en la calidad de vida de las mujeres. En la muestra de este estudio la mayor parte de las mujeres de los tres grupos referían poco apoyo familiar y social. Por otro lado, el 57% de las mujeres del grupo clínico experimental y el 64% del grupo control informaban de problemas sexuales y de pareja.

Este dato es indicativo del alcance que tiene el proceso menopáusico en la sociedad y en la familia. Las mujeres de esta muestra no han percibido la menopausia como un “problema propio” o que les afecte de manera exclusiva. Consideran que a raíz de este proceso se han producido una serie de cambios negativos en su entorno.

Al inicio de la intervención, la mayoría de ellas afirmaron sentirse más solas y que sus relaciones sociales habían disminuido. El factor responsable de este descenso puede encontrarse en la cantidad de actividades cotidianas que afirmaban tener (cuidado de padres, familiares mayores, nietos, tareas del hogar, etc.). A su vez, manifestaban sentirse menos valoradas por su entorno familiar y se sentían “menos útiles que antes”. Indicaban que sus relaciones familiares habían empeorado, aunque este empeoramiento podría estar inducido o mediado por estas distorsiones cognitivas.

Hay que tener en cuenta que los hijos de las mujeres en esta edad cada vez son más independientes y en muchas ocasiones se han emancipado. Hasta ese momento, las mujeres, y sobre todo las amas de casa, tenían como principal cometido el cuidado de éstos, por lo que la marcha de los hijos genera un sentimiento de inutilidad y soledad nunca antes sentido.

Por otro lado, la etapa climatérica puede coincidir con la prejubilación de los maridos, un cambio al que tampoco están preparadas, lo que a su vez, puede desembocar en problemas con la pareja. Es curioso que la mayor parte de la muestra manifieste tener problemas con su pareja, pero afirmen hacer poco por solucionarlos.

Consideraban que la menopausia era la responsable de la disminución y el empeoramiento en sus relaciones sexuales, y que como consecuencia de ello empezaban a tener problemas con sus parejas.

Una vez más, el factor educativo es fundamental. Es necesario delimitar hasta qué punto el proceso climatérico es el responsable de estos cambios, y hacer ver a las mujeres que éste es coincidente en el tiempo con otros cambios sociofamiliares que poco tienen que ver con la menopausia propiamente dicha. Por otro lado, se ha pretendido fomentar una actitud activa para mejorar la situación de ese entorno.

A diferencia de los estudios en los que se ha basado esta investigación (Hunter y Liao, 1996, Sueiro y cols., 1999) se ha procurado integrar en la intervención todos los aspectos convergentes durante el climaterio, y que en la muestra de este estudio han aparecido, y éstos son: somáticos, psicológicos y socioculturales. De este modo se fomentaría la mejora en la calidad de vida de las mujeres climatéricas.

10.3. RESPECTO AL TRATAMIENTO

El programa de intervención integraba los diferentes aspectos convergentes durante el climaterio aportando alternativas al tratamiento médico, y ofreciendo una estrategia asistencial, preventiva y educativa.

El tratamiento se ha basado en los conocimientos actuales del proceso menopáusico, así, se incluyeron diferentes técnicas que se habían mostrado eficaces en este ámbito (Hunter y Liao, 1996; Sueiro y cols., 1999; Camuñas y cols., 2001)

Cómo es lógico, el objetivo prioritario era la reducción de aquellos síntomas presentes en el momento del tratamiento, para ello la psicoeducación era el punto de partida. No obstante, también se consideró importante la prevención de trastornos o síntomas que aun no habían aparecido. Éste fue uno de los motivos por el que se decidió aplicar el tratamiento a las mujeres del grupo subclínico y considerar los resultados de estas mujeres en la investigación.

Al depender de instituciones públicas, se buscó que el programa fuera breve, para no afectar al programa de actividades de cada centro, pero sin perder eficacia, y que se pudiera aplicar de forma grupal.

Con respecto a los resultados de la intervención, al finalizar la misma se observaron mejoras estadísticamente significativas en todas las medidas en los dos grupos experimentales, que se mantenían en la evaluación de seguimiento (a los 6 meses); en cambio, en el grupo control no se encontró ninguna mejoría significativa. Por tanto puede concluirse que el programa

de intervención provocó cambios en los diferentes aspectos implicados durante el proceso climatérico.

Estos datos son indicativos, en primer lugar, de que los resultados encontrados en ambos grupos experimentales en la fase postratamiento se deben al tratamiento y no al mero paso del tiempo.

En segundo lugar, el programa de intervención es eficaz para reducir la sintomatología asociada a la menopausia y para mejorar la calidad de vida de las mujeres climatéricas.

Tercero, los cambios producidos por el tratamiento se mantienen a medio plazo. Al cabo de 6 meses se mantuvo la mejoría en la sintomatología física y psicológica relacionada con la menopausia. En cuarto lugar, al encontrarse diferencias estadísticamente significativas en el grupo subclínico experimental se destaca el carácter preventivo del tratamiento y la importancia de los factores de la intervención, y en especial la psicoeducación.

Por último, en quinto lugar, en cuanto a la significación clínica también se han obtenido resultados positivos. El 53.6% de las mujeres del grupo clínico experimental obtuvieron una puntuación inferior a 20 puntos en el Índice de Kupperman y Blatt, y por lo tanto, indicativo de presencia de sintomatología relacionada con la menopausia leve (al inicio del programa la totalidad de la muestra clínica presentó sintomatología menopáusica de moderada a alta). A su vez, del 96.1% inicial de mujeres con ansiedad moderada o alta en la fase pretratamiento, se redujo al 54% en la fase post, y con respecto a la depresión el porcentaje se redujo del 39.3% al 25%.

Analizando detalladamente cada variable se encuentra que a nivel físico, ambos grupos experimentales mejoraron significativamente tras la intervención. En el grupo clínico experimental se produjo un descenso en todos los síntomas del Índice de Kupperman y Blatt, y especialmente significativo en los sofocos, la melancolía y las mialgias. Cabe destacar que las mujeres de este grupo experimental en la situación pretratamiento puntuaron más alto en estos síntomas que en el resto de ítems del inventario. Al cabo de 6 meses, se mantuvieron estos resultados e incluso mejoraron, como en el caso de las disestesias que se redujeron significativamente con respecto al inicio de la intervención.

Por su parte, en el grupo subclínico se produjo un descenso general estadísticamente significativo de la sintomatología, aunque no se apreciara particularmente en ningún síntoma. Algo esperable, puesto que las mujeres de este grupo no obtuvieron puntuaciones elevadas en los ítems de este inventario.

En cuanto a la sintomatología psicológica, tanto la ansiedad como la depresión remitieron de forma significativa en la muestra clínica experimental. En el grupo subclínico también se obtuvo un descenso significativo en las puntuaciones de ambas escalas del HADS, aunque en la situación pretratamiento no se partieran de niveles intensos o moderados.

El hecho de que las mujeres manifestaran no padecer ningún trastorno de tipo psicológico antes del proceso menopáusico, y que sus niveles de ansiedad y depresión se dispararan al comienzo de éste, mejorando de forma significativa tras el tratamiento, denota que los cuadros de depresión y ansiedad pueden ser comunes o frecuentes durante la menopausia. Aunque una vez más, sería difícil delimitar si la menopausia es la responsable de estos cambios o, más bien, la combinación de los diversos factores que pueden darse en este período de la vida de las mujeres.

De forma opuesta a los dos grupos experimentales, las mujeres del grupo control no reportaron cambios significativos en su sintomatología física y psicológica al postratamiento. Sin embargo, al seguimiento se observaron mejoras estadísticamente significativas en la puntuación total del Índice de Kupperman y Blatt y en la ansiedad. No obstante, las medias obtenidas por las mujeres de este grupo en ambas variables (27.64 en el Índice de Kupperman y Blatt y 9.09 en la escala de ansiedad del HADS) seguían alcanzando valores clínicos.

Estos resultados eran esperables ya que la sintomatología asociada a la menopausia, en ausencia de tratamiento, puede remitir ligeramente a medio plazo, pero el estudio ha aportado el dato de que esta remisión carece de significación clínica. En cambio, gracias al tratamiento se obtuvieron mejores resultados, con datos indicativos de ausencia de trastorno y en menor intervalo de tiempo, es decir, de forma inmediata tras la intervención.

Del mismo modo que en las otras variables medidas, la calidad de vida también mejoró de manera significativa en ambos grupos experimentales. Analizando cada una de las subescalas del inventario, se observó un aumento estadísticamente significativo en el postratamiento en el conocimiento acerca de la menopausia en los dos grupos, y en congruencia con los datos obtenidos en ambas variables del HADS, la escala de ansiedad /depresión también descendió significativamente, tanto en el grupo clínico como en el subclínico.

La valoración emocional acerca del proceso climatérico mejoró después del tratamiento, y este cambio fue estadísticamente significativo para las mujeres del grupo clínico experimental en el seguimiento. Por tanto, aunque la sintomatología cediera tras el tratamiento, las mujeres necesitaron de un intervalo mayor de tiempo para cambiar su valoración emocional acerca de la

menopausia. Este cambio fue gradual y probablemente se empezó a producir cuando aprendieron a poner en práctica las técnicas enseñadas durante la intervención, y percibieron cierto control sobre algunos de los síntomas. Estos resultados son congruentes según la teoría de Lang (1968) “el triple sistema de respuesta” dónde los tres sistemas de respuestas son parcialmente independientes.

Tras la intervención, las mujeres de la muestra experimental en general referían una mejoría en el apoyo social, familiar y en sus relaciones sexuales y de pareja. No obstante las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, al cabo de 6 meses se observó en el grupo clínico experimental un cambio estadísticamente significativo en la subescala de sexualidad/ pareja, las mujeres afirmaban sentirse más satisfechas. El tratamiento aportó cambios significativos a medio plazo en este ámbito.

Por el contrario, las participantes del grupo control no reportaron ningún cambio en su calidad de vida en ninguno de los dos momentos de evaluación posteriores al tratamiento.

Se realizó un análisis con el objetivo de cuantificar la eficacia del tratamiento. Según éste el programa de intervención consiguió al postratamiento en el grupo clínico experimental un tamaño del efecto elevado en la ansiedad y en el Índice de Kupperman y Blatt, y moderado para el resto de las variables. Al seguimiento el tamaño del efecto del tratamiento fue elevado en todas las variables. En cuanto al grupo subclínico, la intervención también consiguió una eficacia moderada en todas las variables tras finalizar la intervención. Algo previsible, pues como ya se ha comentado, en los dos grupos experimentales se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables tras la intervención, manteniéndose estos resultados al cabo de 6 meses.

El objetivo de cualquier intervención psicológica debe ser alcanzar tras ésta cambios significativos en la línea esperada, pero también es muy importante que quien haya recibido dicho tratamiento atribuya la mejoría a éste. De este modo, se fomenta la continuidad o puesta en marcha de las técnicas y hábitos más saludables aprendidos durante las sesiones. La valoración que las mujeres hicieron del programa fue muy satisfactoria. Consideraban que el programa de intervención se había adecuado a sus necesidades y que gracias a éste había mejorado su situación respecto a la menopausia. En una escala de 0 a 10, las mujeres del grupo clínico experimental lo valoraron con una media de 8 puntos, y de 7 puntos para el caso del grupo subclínico experimental.

Tras la exposición detallada de los resultados de la intervención ha quedado demostrado que este tratamiento de corte cognitivo- conductual es eficaz en la remisión de sintomatología menopáusica. Pero, ¿por qué un tratamiento psicológico es capaz de mejorar, e incluso remitir, síntomas físicos relacionados con la menopausia? Se podía sospechar que esta intervención ayudaría a la mejora de la sintomatología psicológica durante la menopausia (ansiosa y depresiva) y los resultados así lo han demostrado. Pero, ¿cuáles han sido los factores responsables de la remisión estadísticamente significativa en síntomas físicos como los sofocos o las mialgias?

Es muy probable que las repuestas a estas interrogantes sean muy similares a las ofrecidas por algunos autores tras obtener resultados positivos con tratamientos psicológicos para diferentes trastornos de índole física, como por ejemplo la hipertensión (Camuñas y cols., 2001). Algunos de los síntomas o cambios que tienen lugar en el proceso climatérico pueden estar mediados por procesos psicológicos. El programa de intervención provocó una remisión estadísticamente significativa en los sofocos y las mialgias, y como se comentó anteriormente, el estrés o la ansiedad exacerban tanto la frecuencia como la intensidad de estos síntomas. Minimizando los niveles de estrés o ansiedad es muy probable lograr una remisión en estos síntomas. El programa aquí expuesto presenta varios componentes destinados a disminuir los niveles de ansiedad, como por el ejemplo las técnicas de relajación, respiración, psicoeducación, entrenamiento en solución de problemas y técnicas de administración del tiempo.

En general, educando y aportando una serie de alternativas de respuestas adecuadas ante la sintomatología que se pueda presentar como consecuencia del proceso menopáusico, se conseguirá que la mujer afronte de una manera más saludable su menopausia, y si se han abordado directamente los factores que mediaban o exacerbaban diversos síntomas, se conseguirá una remisión significativa de éstos.

La tabla 10.1. resume los cambios producidos tras el tratamiento y al seguimiento, en los tres grupos de la investigación.

Tabla 10.1. Resumen de los cambios ocurridos tras el tratamiento y al cabo de 6 meses

VARIABLES	GRUPO CLÍNICO EXPERIMENTAL		GRUPO SUBCLÍNICO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	Postratamiento	Seguimiento	Postratamiento	Seguimiento	Postratamiento	Seguimiento
HADS						
ANSIEDAD	+	+	+	=	=	+
DEPRESIÓN	+	+	+	=	=	=
ÍNDICE MENOPÁUSICO KUPPERMAN						
SOFOCOS	+	+	=	=	=	=
PARESTESIAS	=	=	=	=	=	=
INSOMNIO	=	=	=	=	=	=
NERVIOS	=	=	=	=	=	=
MELANCOLIA	+	+	=	=	=	=
VÉRTIGO	=	=	=	=	=	=
FATIGA	=	=	=	=	=	=
MIALGIAS	+	=	=	=	=	=
CEFALEAS	=	=	=	=	=	=
PALPITACIONES	=	=	=	=	=	=
DISESTESIAS	=	+	=	=	=	=
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA						
CONOCIMIENTO MENOPAUSIA	+	+	+	=	=	=
VALORACIÓN EMOCIONAL	=	+	=	=	=	=
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	+	=	+	=	=	=
APOYO SOCIAL	=	=	=	=	=	=
APOYO FAMILIAR	=	=	=	=	=	=
SEXUALIDAD/PAREJA	=	+	=	=	=	=

✚ Cambio positivo estadísticamente significativo

- Cambio negativo estadísticamente significativo

= Ausencia de cambios significativos

👍 Mejoría clínicamente significativa

👎 Ausencia de significación clínica

10.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En este apartado se pretenden lanzar algunas directrices para futuros estudios en este ámbito desde la psicología clínica y comentar algunas limitaciones de la presente investigación.

En primer lugar, y con respecto a las limitaciones de la investigación, aunque el número de mujeres utilizado en la muestra es relativamente elevado, sobre todo si se compara con las muestras de otros estudios en este campo, ampliar la muestra podría dar lugar a resultados más sólidos al aumentar la potencia de la investigación.

Por otro lado, el hecho de no asignar de manera aleatoria las mujeres a los grupos del estudio puede constituir una limitación de la investigación; no obstante en el análisis de homogeneidad que se hizo a posteriori no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por lo que las diferencias encontradas en el postratamiento y en el seguimiento serían atribuibles al tratamiento. En cualquier investigación que trate de validar un tratamiento con muestra clínica y con la utilización de un grupo control será igualmente problemático este aspecto metodológico, puesto que intervienen aspectos de tipo ético, y, además, se deben combinar estrategias investigadoras y de la práctica clínica.

En tercer lugar, aunque se realizó una evaluación de seguimiento a los 6 meses de finalizar la intervención, sería conveniente realizar otra medida de evaluación al año con el objetivo de verificar si se siguen manteniendo estos resultados positivos a largo plazo.

Para futuros estudios, sería interesante analizar detalladamente por qué algunos síntomas remitieron significativamente de forma inmediata tras la intervención, como los sofocos, la ansiedad y la depresión, y en cambio otros lo hicieron de manera más gradual, como las disestesias, la valoración emocional que suscitaba el concepto de menopausia o las relaciones sexuales y de pareja.

Es probable que el aprendizaje de determinadas técnicas sea más rápido y su adecuada puesta en marcha genere resultados de manera inmediata, y otras requieran de mayor dedicación y de la ayuda de otras personas para llevarlas a cabo, por lo que el cambio sería de forma paulatina. En la línea de los resultados encontrados en este estudio deberían modificarse antes aquellos síntomas más conductuales o fisiológicos en lugar de los cognitivos (por ejemplo, deberían modificarse antes los sofocos en lugar de la valoración emocional del proceso menopáusico).

Durante la menopausia es fundamental la prevención, por lo que sería importante diseñar programas preventivos en sintomatología menopáusica. Desde cualquier campo de la clínica, es más deseable la intervención desde el ámbito preventivo que el asistencial, sin embargo, es harto complicado validar cualquier programa de prevención, principalmente, debido al paso del tiempo. No obstante, tras los positivos resultados encontrados en esta investigación en las mujeres del grupo subclínico, es decir, mujeres que aún no habían presentado niveles moderados o altos de sintomatología menopáusica, se presume que intervenciones en la línea de la presentada en este trabajo tengan resultados muy alentadores desde el ámbito preventivo para el proceso menopáusico.

El objetivo de esta investigación era poner a prueba un programa de intervención que contemplara los diferentes aspectos involucrados durante la menopausia. No obstante, como siguiente paso se podría analizar si cada componente del programa es eficaz por sí solo. Así mismo, se podrían realizar diferentes adaptaciones para abordar de forma específica algún grupo de síntomas. Por ejemplo, si el tratamiento en relajación se ha mostrado tan eficaz en diferentes estudios en los sofocos (Stevenson y Delprato, 1983; Germaine y Freedman, 1984; Freedman y Woodward, 1992; Hunter y Liao, 1996; Sueiro y cols., 1999; Hunter, 2003; Keefer, 2003), sería conveniente centrar la investigación en un tratamiento específico, que incluyera esta técnica, para este síntoma.

Por último, el programa de intervención aquí expuesto se ha diseñado para una aplicación grupal, pero sería interesante analizar si es igualmente eficaz en una adaptación con modalidad individual. Este factor puede facilitar los seguimientos al no ser necesario coordinar horarios, e incluso adaptar al máximo el contenido de las sesiones a la casuística de cada mujer.

Con estas directrices se ha pretendido estimular el desarrollo de nuevos estudios, investigaciones y trabajos que permitan ayudar a las mujeres durante su menopausia, y que fomenten un cambio, más adecuado a la realidad, de este concepto con tantas connotaciones negativas sociales y culturales.

11. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El programa de intervención aquí expuesto supone una buena alternativa a la THS, sobre todo en aquellos casos en los que el tratamiento hormonal esté contraindicando, o por decisión propia de las mujeres.

Como ventajas de un tratamiento cognitivo-conductual en la menopausia con respecto a la THS se pueden destacar:

- ✓ Carencia de efectos secundarios o indeseables
- ✓ Ahorro del gasto farmacéutico
- ✓ No presenta contraindicaciones
- ✓ Se muestra eficaz en la remisión de sintomatología asociada a la menopausia
- ✓ Incluyen técnicas específicas para el control de la sintomatología psicológica
- ✓ Incluye profilaxis de trastornos que puedan desarrollarse a largo plazo

En el presente estudio ha quedado patente que la menopausia es una etapa que las mujeres están dispuestas a afrontar de la mejor forma posible. Al programa de intervención, acudieron mujeres afectadas por síntomas, y otras que aún no habían padecido ningún tipo de molestia, pero querían conocer más acerca de la menopausia, aprender técnicas que aplicar en el futuro y adquirir unos hábitos de vida saludables. Estas últimas fueron las mujeres integrantes del grupo subclínico.

El paquete terapéutico aquí expuesto se trata de una sencilla intervención, de fácil aplicación, susceptible de ser utilizado en las diferentes instituciones dedicadas a la mujer. Se ha utilizado la psicoeducación como el primer paso para la remisión de la sintomatología. El resto de componentes del programa fueron elegidos cuidadosamente y con el apoyo empírico de anteriores estudios. Durante las sesiones, se enseñaron las técnicas necesarias, mostrando alternativas de respuesta para modificar comportamientos inadecuados.

La información ha sido fundamental como punto de partida en la intervención. Sirvió para aclarar todo tipo de dudas existentes acerca del proceso, lo que, a su vez, contribuyó a disminuir los niveles de ansiedad, que, con probabilidad, podían estar generados por diversos factores:

- ✓ Desconocimiento del proceso menopáusico
- ✓ Desconocimiento de las posibles alternativas terapéuticas para el mismo

- ✓ Sintomatología física asociada a la menopausia recurrente y molesta
- ✓ Cambios en el ámbito familiar y/o social, no directamente vinculados con la menopausia

Es deseable que una intervención además de ser eficaz, sea efectiva y eficiente. Es decir, que se produzcan los efectos esperados en condiciones controladas y en la práctica cotidiana, suponiendo un coste mínimo y un resultado máximo (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Ferro y Vives, 2004).

El tratamiento presentado en este se ha mostrado eficaz, puesto que se ha cumplido el objetivo de la investigación, la remisión de la sintomatología asociada a la menopausia y mejora de la calidad de vida en las mujeres climatéricas. Se ha realizado en un ambiente vinculado con la práctica habitual y con recursos muy reales, por lo que también ha sido efectivo. Y por último, cabe destacar que con seguridad ha supuesto un coste mínimo, en primer lugar, para las mujeres que participaron en la investigación, en comparación con otras opciones terapéuticas, como pudieran ser las farmacológicas, y, en segundo lugar, para las instituciones que colaboraron con la misma. Por otro lado al realizarse de manera grupal ha permitido que se aplicara a mayor número de mujeres en un tiempo relativamente corto, entre 8 ó 10 semanas.

Este estudio ofrece implicaciones a nivel práctico y clínico. Ha supuesto una nueva forma de intervención para abordar la problemática menopáusica, carente de posibles efectos secundarios, que ofrece, no sólo tratamiento para dicha sintomatología, sino también información y alternativas de respuesta para la prevención de síntomas que aun no hayan florecido. Se ha demostrado que la terapia psicológica puede ayudar a esta población específica, en la gran mayoría de las ocasiones, y esto es, en aquellos casos donde no existen serios problemas de salud (cáncer, trastornos cardiovasculares, obesidad, etc.).

Con la aplicación de programas de este tipo se podría producir un interesante ahorro en el gasto farmacéutico. Asimismo, puede suponer un nuevo campo para abordar en la psicología clínica, desde el punto de vista de la investigación y la práctica, fomentando el interés acerca de este tema y animando a que proliferen más estudios acerca del climaterio desde la psicología clínica.

Este paquete terapéutico, no sólo es importante desde el punto de vista asistencial, sino también desde el punto de vista educativo y preventivo. Se debería insistir que desde los centros de salud, ayuntamientos e instituciones relacionadas con la mujer, se ofertarán este tipo de programas de intervención. Desde este estudio se alienta a que más municipios, y en concreto, el

área de la mujer, demanden este tipo de intervenciones, sobre todo por el incremento de mujeres en este período de edad como consecuencia del aumento de la esperanza de vida.

Cabe destacar el éxito que ha tenido el programa de intervención psicológica en la menopausia, en primer lugar, por la obtención de resultados tan positivos, y en segundo lugar, por la gran demanda y participación recibida por parte de las mujeres de Fuenlabrada, Leganés y Collado-Villalba.

Con estos resultados se puede afirmar que la intervención psicológica para la sintomatología asociada a la menopausia ha cumplido dos funciones diferentes: terapéutica e investigadora.

A modo de resumen, se ofrecen las siguientes conclusiones del presente estudio:

- El programa de intervención cognitivo-conductual para la etapa climatérica de las mujeres, se ha mostrado eficaz en la reducción de síntomas físicos y psicológicos asociados a la menopausia.
- En ambos grupos experimentales se produjeron cambios estadística y clínicamente significativos en todas las variables medidas. Y esto es: descenso de la sintomatología menopáusica y mejora de la calidad de vida.
- Los cambios producidos por el tratamiento se mantuvieron a medio plazo.
- El tratamiento alcanzó tamaños del efecto moderados o altos en todas las medidas.
- Tras los resultados obtenidos se extrae que la sintomatología psicológica durante el período menopáusico adquiere, al menos, la misma importancia que la física. De lo que se deduce que las intervenciones para la menopausia deben contemplar ambos tipos de sintomatología.
- Con la muestra del estudio ha quedado patente que existe un elevado desconocimiento del proceso menopáusico, por lo que son esenciales los aspectos educativos.
- Del mismo modo, para garantizar el bienestar de las mujeres durante este período es importante analizar la calidad de vida y ofrecer estrategias de intervención con el objetivo de mejorarla.
- En definitiva, se han cumplido las expectativas que se tenían acerca de la implantación del programa de intervención psicológica en la sintomatología asociada a la menopausia.

REFERENCIAS

- Adlercreutz H., Hamalainen E., Gorbach S. & Goldin B. (1992). Dietary phyto-oestrogens and the menopause in Japan. *The Lancet*, 339,1233.
- Alexander, J.L., Kotz, K., Denenerstein, L. & Davis, S.R (2003). The Systematic Nature os sexual Functioning in the Postmenopausal Woman: Crossroads of Psychiatry and Gynecology. *Primary-Psychiatry*, 10 (12), 53-57.
- Anderson, E. (1987). Characteristics of postmenopausal women seeking assistance. *American Journal of Obstetrician and Gynecology*, 156, 428-443.
- Anderson, D., Yoshizawa, T., Gollschewski, S., Atogami, F. & Courtney, M. (2004). Relationship between menopausal symptoms and menopausal status in Australian and Japanese women. *Nursing and Health Sciences*, 6 (3) 173-180.
- Antonijevic, I.A., Murck, H., Frieboes, R.M., Uhr, M. & Steiger, A. (2003). On the role of menopause for sleep- endocrine alterations associated with major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 28(3), 401- 418.
- Avis, N. (2003). Depression during the menopausal transition. *Psychology of women quarterly*, 27 (2), 91-100.
- Avis, N., Ory, M., Matthews, K., Schocken, M., Bromberger, J. & Colvin, A. (2003). Health – Related Quality of life in a Multiethnic sample of midlife-aged women: Study of Women’s health Across the Nation (SWAN). *Medical Care*, 41(11) 1262-1276.
- Bachman GA, Leiblum S. R. & Kemmann, E. (1984). Sexual expression and its determinants in the postmenopausal woman. *Maturitas*, 6, 19-29.
- Ballinger, C.B. (1990). Psychiatric Aspects of the Menopause. *British Joaurnal of Psychiatry*,156, 773-787.
- Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en salud*. Nueva York: N.Y, Oxford University Press.
- Barczak, P., Kane, N. & Andrews, S. (1988). Patterns of psychiatric morbidity in a genito-urinay clinic. *British Journal of Psychiatry*, 152, 698-700.
- Beral, V. (2003). Breast cancer hormone – replacement therapy in the Million Women Study: *The Lancet*, 362, 419-427.
- Bernstein, D.A. & Borkovec, T.D. (Eds.). (1973). *Progressive Relaxation Training: A Manual for the Helping Professions*. Champaign, I. L.: Research Press.

- Bertero, C. (2003). What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *International Nursing Review*, 50(2), 109-118.
- Blanco, M.L. & De la Gándara-Martín, J.J. (1992). *Frecuentación asistencial en salud mental: estudio del perfil femenino*. Valladolid: I Congreso Nacional de S.C.L.P.
- Blas (de), M.R. & Labrador, F.J. (1984). Eficacia de las técnicas de relajación, biofeedback de R.P.G. e inoculación de estrés para modificar la percepción del dolor inducido experimentalmente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10 (26), 513-532.
- Boyle, G. J. & Ciccone, V. M. (1994). Relaxation alone and in combination with rational emotive therapy: Effects on mood and pain. *Pain Clinic*, 7 (4), 253-265.
- Buchner, A., Erdfelder, E. & Faul, F. (1997). *How to Use G*Power*. (www document) URL <http://www.psychologie.uni-trier.de:8000/projects/gpower/howtousegpower.html>.
- Cano, A. (1996). Aspectos Clínicos de la Menopausia En J. Sánchez- Cánovas, *Menopausia y Salud*. Barcelona: Ariel.
- Camuñas, N., García, E., Vivas, F., Morales, C., Aranda, D. & Cano, A. (2001). Intervención psicológica en mujeres menopáusicas con hipertensión. *Psicología.com*, 5 (3).
- Cautela, J.R. & Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Carnicer, C., Castro, O. P., Paublete, M.C. & Castro, C. (2002). Aspectos básicos del tratamiento en el climaterio. *Psiquiatria.com: Interpsiquis 2002*.
- Carnicer, C., Castro, O. P. & Paublete, M.C. (2002). Aspectos básicos de la fisiología del climaterio. *Psiquiatria.com: Interpsiquis 2002*.
- Cawood, E.H. & Brancroft, J. (1996). Steroid hormones, the menopause, sexuality and well being of women. *Psychological Medicine*, 26, 925-936.
- Choi, P., Van Horn, J., Picker, D.E. & Roberts, H. (1993). Mood changes in women after an aerobics class a preliminary study. *Health Care for Women International*, 14, 167-177.
- Civeira, J., Sánchez, L., Martín, M., Abril, A. & Díez, A. (1988). Diferencias sintomatológicas en la mujer depresiva con relación al climaterio. *Psicopatología*, 8 (3), 183-195.
- Cochrane, A. (1985). *Efectividad y eficiencia*. Barcelona: Salvat Ediciones.
- Comino, R. (1990). *La Menopausia*. Madrid: CEA.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2004). Restricción de las indicaciones terapéuticas de la terapia hormonal de sustitución en la menopausia. *Farmacéuticos*, 285, 46-51.

- Coope, J.(1996). Hormonal and non-hormonal interventions for menopausal symptoms. *Maturitas*, 23, 159-168.
- Cuevas, C. de las, García-Estrada, A. & González, J.L. (1995). “Hospital Anxiety and Depresión Scale” y Psicopatología Afectiva. *Anuales de Psiquiatria*. 2 (4), 126-130.
- Davis, S.R., McCloud, P., Strauss, B.J. & Burger, H.(1995). Testosterone enhances estradiol’s effects on postmenopausal bone density and sexuality. *Maturitas*, 21 (3), 227-236.
- Delanoë, D. (2002). La cuestión de los trastornos psíquicos atribuidos a la menopausia. *Investigación en Salud*.
- Delmas, P.D. (1997). Effects of raloxifene on bone mineral density, serum cholesterol concentrations, and uterine endometrium in postmenopausal women. *The New England Journal of Medicine*, 337, 1641-1647.
- Dennerstein, L., Dudley, E. & Guthie, J. (2003). Predictors of declining self-rated health during the transition to menopause. *Journal of Psychosomatic Research* 54 (2), 147-153.
- Dennerstein, L., Alexander, J. & Kotz, K. (2003). The menopause and sexual functioning: A review of the population-based studies. *Annual Review of Sex Research*, 14, 64-82.
- Díaz, M. (2002). Aspectos psicosociales de la menopausia. *Psiquiatria.com: Interpsiquis* 2002.
- Dickson, G.L. (1993). Metaphors of Menopause: The Metalanguage of Menopause Research. En J.C. Callahan, *Menopause. A midlife passage*. Indiana: Indiana University Press.
- Dilsen, G., Oral, A. & Gokmem, E. (1991). El papel de la actividad física en la prevención y tratamiento de la osteoporosis. *Revista Clínica Española*, 188, 59-69.
- Duffy, R., Wiseman, H & File, S.E. (2003). Improved cognitive function in postmenopausal women after 12 weeks of consumption of soya extract containing isoflavones. *Pharmacology: Biochemistry and Behavior*, 75 (3), 721- 729.
- Dupuy, M.J., Marín, R.M. & Donat, F. (1994). Promoción de la salud en mujeres climatéricas: El rol de la matrona. *Revista Rol de enfermería*, 193, 17-23.
- Ellis, A. & Grieger, R. (Eds.) (1990). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Engel, J.M. (1994). Cognitive-behavioral treatment of chronic recurrent pain. *Occupational-Therapy-International*, 1 (2), 82-89.
- Erlik Y, Tataryn IV. & Meldrum DR. (1981). Association of waking episodes with menopausal hot flashes. *Journal of the American Medical Association*, 245, 1741-1744.
- Ey, H., Bernard, P. & Brisset, Ch. (1989). *Tratado de Psiquiatría*. París: Masson.

- Farag, N.H., Bardwell, W.A., Nelesen, R.A., Dimsdale, J.E. & Mills, P.J. (2003). Autonomic responses to psychological stress: The influence of menopausal status. *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (2), 134- 138.
- Fernández- Abascal, E. (1993). *Hipertensión. Intervención Psicológica*. Madrid: Eudema.
- Fernández, E., Magnani, E, Fernández, J.M. & Fernández-Arcilla (2000). *Menopausia ¿Qué es?*. Madrid: Lilly.
- Ferrán, M.(1997). *SPSS para Windows: Programación y Análisis Estadístico*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ferro, R. & Vives, M.C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace@*, 16 (5).
- Freedman, B.R. & Woodward, S. (1992). Behavioral treatment of menopausal hot flushes: evaluation by ambulatory monitoring. *American journal of obstetrics and gynecology*, 167, 436-439.
- Freixas, A. (1992). La menopausia en el contexto de la mediana edad. *Revista de Gerontología*, 4 244-249.
- Fu, S., Anderson, D. & Courtney, M. (2003). Cross-cultural menopausal experience: Comparison of Australian and Taiwanese women. *Nursing and Health Sciences*, 5(1), 77-84.
- Fuchs, E. (1979). *La segunda edad. Las mujeres en la madurez*. Barcelona: Grijalbo.
- Fuh, J.L., Wang, S.J., Lee, S.J., Lu, S.R. & Juang, K.D. (2003). Quality of life and menopausal transition for middle-aged women on Kinmen island. *Quality of Life Research: An International Joournal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 12 (1), 53-61.
- Gándara-Martín , J.J. De La. (1997). *Menopausia y Trastornos psicósómicos*. Burgos: Cauces de Opinión.
- Gannon, L. (1988). The potential role of exercise in the alleviation of menstrual disorders and menopausal symtoms: A theoretical synthesis of recent research. *Women and Health*, 14 (2), 105-127.
- Gannon, L., Hensel, S. & Goodwin, J. (1987). Correlates of menopausal hot flushes. *Journal of Behaviuural Medicine*, 10 277-285.
- Gannon, L. & Stevens, J. (1998). Portraits of menopause in the mass media. *Women and Health*, 27 (3), 1-15.

- Gay, M. C. (2004). Psychological care for subjects suffering from osteoarthritic pain / Les prises en charge psychologiques de la douleur dans l'arthrose. *Journal de Therapie Comportementale et Cognitive*, 14 (3), 135-140.
- Generalitat Valenciana (1992). Consellería i Consum. Direcció General per a la Salut Pública. *Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica*. Valencia: Conselleria de Sanidad y Consumo. Monografies Sanitaris Serie E, núm. 8.
- Gerend, M.A. (2003). Medical decision making: Understanding women's decisions to use long-term hormone therapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64 (6-B), 2983.
- Germaine, L.M. & Freedman, R.R. (1984). Behavioural treatment of menopausal hot flashes: Evaluation by objective methods. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1072- 1079.
- Glenville, M. (1998). *Menopausia Natural: como prevenir y aliviar sus molestias sin tratamientos hormonales*. Madrid: RBA.
- Golberg, D. P. & Blackwell, P. (1970). A standardised psychiatric interview for use in community surveys. *British Journal Prevention social Medicine*, 24, 18-23.
- Gordon, H. (1976). The correlation of menopausal symptoms with cytohormonal status: En: S. Campbell (Ed.), *The management of the menopause and postmenopausal years*. Lancaster: MTP Press.
- Greene, J.G. & Cooke, D.J. (1980). Life Stress and Symptom at the climaterium. *British Journal of Psychiatry*, 136-426.
- Greene, J. & Visser, A (1992). Longitudinal studies of menopause. Special issue. *Maturitas*, 14, 117-126.
- Hagstad, A. & Janson, PO. (1986). The epidemiology of climateric symptoms. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 134, 59-65.
- Haines, CJ., Chung, TKH. & Leung, DHY. (1994). A prospective study of the frequency of acute menopausal symptoms in Hong Kong Chinese women. *Maturitas*, 18, 175-181.
- Haines, C.J., Yim, S.F., Chung, T.K.; Lam, CW., Lau, E.W., Ng, M.H., Chin, R. & Lee, D.T. (2003). A prospective, randomized, placebo-controlled study of the dose effects of oral oestradiol on menopausal symptoms, psychological well being, and quality of life in postmenopausal Chinese women. *Maturitas*, 44 (3), 207-214.

- Hamilton, M. (1959). The assesment of anxiety states by rating. *British Journal of Medicine Psychology*, 32, 50- 55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 32, 56-62.
- Hammar, M., Berg, C. & Lindgren, R. (1990). Does physical exercise influence the frecuency of postmenopausal hot flushes?. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 69, 409-439.
- Hawton, K., Gath, D. & Day, A., (1994). Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: Effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynecological, and menopausal factors. *Archives of Sexual Behavior*, 23(4), 375-395.
- Hernández, J., De la Gandara-Martin, J. & Sánchez, M.A. (2003). Utilidad de la terapia hormonal sustitutiva en los trastornos en los trastornos depresivos durante la menopausia: estado de cuestión. *Anuales de Psiquiatría*, 19 (4), 172-178.
- Heredia, M.V. (2003). La menopausia vista a través de distintas épocas y culturas. *Revista Rol de Enfermería*, 26 (1), 46-47.
- Hilditch, J.R., Lewis, J., Peter, A., Van-Maris, B., Ross, A, Franssen, E., Guyatt, G.H., Norton, P.G. & Dunn, E. (1996). A menopause- specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 24 (3), 161-175.
- Hunter, M.S. (1992). The Women´s Health Questionarie: A measure of mid -aged women´s perceptions of their emotional and physical health. *Psychology and Health*, 7, 45-54.
- Hunter, M. S. (1993a). Predictors of menopausal symptoms: psycosocial aspects. *Bailliere´s Clinical and Endocrinology and Metabolism*, 7(1), 33-45.
- Hunter, M. S. (1993b). The effects of oestrogen therapy on mood and well-being. En G. Berg, & M. Hammar(Eds), *The modern management of the menopause*. Londres: Parthenon.
- Hunter, M.S. & Liao, K.L.M. (1995). A psychological analysis of menopausal hot flushes. *British Journal of Clinical Psychology*, 34 , 589-599.
- Hunter, M.S. & Liao, K.L.M. (1996). Evaluation of a four session cognitive- behavioural intervention for menopausal hot flushes. *British Journal of Health Psychology*, 1, 113-125.
- Hunter, M. S. (2003). Cognitive behavioural interventions for premenstrual and menopausal symptoms. *Journal of reproductive and Infant Psychology*, 21 (3), 183-193.
- Huntley, A. & Ernest, E. (2004). Soy for the treatment of perimenopausal symptoms: A systematic review. *Maturitas*, 47(1), 1-9.

- Im, E.O. (2003). Symptoms experienced during menopausal transition: Korean women in South Korea and The United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(4), 321-328.
- Instituto de la Mujer. (1999). *La Menopausia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad y Consumo (Serie Salud, nº5).
- Instituto Nacional de Estadística. (INE). (2005). *Cifras oficiales de población*.
- Jacobs, P.A. & Hyland, M.E. (2003). An evaluation of the benefits of taking hormone replacement therapy with other prescription drugs. *Maturitas*, 46 (4), 273-281.
- Jacobson, E. (1929). *Relajación Progresiva*. Universidad Chicago Press.
- Johnson, M. H. (2004). Cognitive Therapy With Chronic Pain Patients. *Behaviour-Change*, 21 (4), 282-283.
- Jokinen, K., Rautava, P., Makinen, J, Ojanlatva, A., Sundell, J & Helinius, H. (2003). Experience of climateric symptoms among 42-46 and 52-56 year old women. *Maturitas*, 46(3),199-205.
- Keefer, L.A. (2003). The effect of a cognitive-bahavioral group treatment on perimenopausal hot flashes and related symptoms. *Dissertation Abstracts international: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(6-B), 2923.
- Khademi, S. & Cooke, M. (2003). Comparing the attitudes of urban and rural Iranian women toward menopause. *Maturitas*, 46(2), 113-121.
- Kirchengast, S., Hartmann, B. & Huber, J. (1995). Decreased sexual interest and its relationship to body build in postmenopausal women. *Maturitas*, 23(1) 63-71.
- Kupperman, H. S. & Blatt M. H. (1953). Comparative clinical evaluation of estrogen preparations by menopausal and amenorreheal indices. *Journal of Clinical Endocrinology*, 13,28, 688-703.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. & Becoña, E. (2000). *Guía para la Elección de Tratamientos Psicológicos Efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson-Psicología.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating construct. En J. M. Shlien (Ed.), *Research in Psychotherapy*, 3. Washington: APA.
- Larroy, C. (2004). *Trastornos específicos de la Mujer*. Madrid: Síntesis.
- Larroy, C., Gutiérrez, S. & León, L. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. *Avances en Psicología Latinoamericana: Psicología de la Salud de la Mujer*, 22, 77-88.

- Lawlor, D., Ebrahim, S. & Smith, G. (2003). The Association of Socio-economic position Across the life course and Age al Menopause: The British Women's Heart and Health Study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 1078-1087.
- Lock, M. (1986). Ambiguities of ageing: Japanese experience and perceptions of the menopause. *Culture, menopause and psychiatry*, 10, 23-46.
- López, M. (2003). Fitoterapia: El papel de las plantas medicinales en el tratamiento de la menopausia. *Farmacía y Sociedad*, 22 (10), 112-116.
- Magnani, E., Sánchez-Arcilla, I., Aranda, D., Campillo, F., Campillos, M., de Dios, M.I., García, P., García, P. & Rodríguez, A.(1999). *Programa de Menopausia: Un buen momento para pensar en sí misma*. Ayuntamiento de Madrid Área de Salud y Consumo. Madrid: Ediciones Díaz Santos.
- Malatesta, V. J., Chambless, D. L., Pollack, M. & Cantor, A. (1983). *Sexual adaptation to widowhood*. In World Congress of Sexology. Wahington, D.C.
- Manber, R., Kuo, T.F., Cataldo, N & Colrain, I.M. (2003). The effects of hormone replacement therapy on sleep- disordered breathing in postmenopausal women: a pilot study. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 26(2), 163-168.
- Mansfield, P.K., Voda, A. & Koch, P.B. (1995). Predictors of sexual response changes in heterosexual midlife women. *Journal of health behavior* 19(1), 10-20.
- Mansfield, P.K., Koch, P. B. & Gierach, G. (2003). Husbands' Support of their Perimenopausal Wives. *Women and Health*, 38(3), 97-112.
- Marín, F. (1997). Moduladores selectivos del receptor estrógeno: nuevas perspectivas para el tratamiento de la menopausia. *Endocrinología*, 44, 311-314.
- Marín, R.M. (1991). *Determinaciones de prioridades de salud en las mujeres en el período climatérico*. Libro de ponencias del Symposium Internacional Mujer y Calidad de vida. Barcelona: Centre d'Análisis i Programes Sanitaris (CAPS).
- Marín, R.M., Sánchez- Canovas, J & Dupuy, M.J. (1995). Assesing the effects of Health Promotion Programs on subjective Well-being of menopausal women. En F. Rodriguez-Marín (Ed), *Health Psychilogy and Quality of life Resarch. Proceedings of the 8th annual conference of the European Health Psychology Society*, 2, 906-915.
- Marín, R.M., Sánchez- Canovas, J., Donat, F., Dupuy, M.J. & Salas, D. (1996). Acontecimientos vitales más frecuentes en mujeres de 45-64 años. Repercusión como estresores psicofísicos. *Atención Primaria*, 17(8), 512-516.

- Marín, R.M. (1996). Menopausia y Salud. Atención Integral a la Mujer de Mediana Edad. En J. Sánchez- Cánovas, *Menopausia y Salud*. Barcelona: Ariel.
- Marín, R.M., Quiles, J. & Pastor, E. (2001). Evaluación preliminar del Program de Atención Integral a la mujer Climatérica (PAIMC) en la Comunidad Valenciana. *Revista Valenciana de Medicina Familiar*, 9, 18-23.
- Marsh, MS. & Whitehead, MI. (1992). Management of the menopause. En K.T. Khaw (Ed.), *Hormone replacement therapy*. Edinburg: Churchill Livingstone.
- Martell, N., Ruiz, M.D. & Vivas, F. (2002). Menopausia e hipertensión arterial. *Hipertensión*, 19, 351-358.
- Martín, MC., Block, JE., Sánchez, SD., Arnaud, CD. & Beyene, Y. (1993). Menopause without symptoms: the endocrinology of menopause among rural Mayan Indians. *American Journal of obstetrics and gynecology*, 168, 1839- 1845.
- Martín, M.J. & Iglesias, E. (1999). Terapia hormonal sustitutiva en la menopausia. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 23 (2), 33-44.
- Master, W.H, & Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Matthews, K.A., Wing, R. R., Kuller, L. H. & Meilahn, E. N. (1990). Influences of natural menopause on psychological characterustics and symptoms of middle-aged healthy women. *Journal of Cosulting and Clinical Psychology*, 58 (3), 345-351.
- Matthews, K.A. (1991). Myths and realities of the menopause. Annual meeting of the American Psychosomatic Society. Santa Fe, Nuevo México, *Psychosomatic Medicine*, 54(1) 1-9.
- McKewon, T. (1982). *El papel de la medicina: sueño, milagro o némesis*. Madrid: Siglo XXI.
- McKinlay, S.M. & McKinlay, J.B. (1989). The impact of menopause and social factors on health. *Progress in Clinical and Biological Research*, 320, 137-161.
- Meldrum, DR., Erlik, Y., Lu, JK., & Judd, H.L. (1981). Objectively recorded hot flushes in patients with pituitary insufficiency. *Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 52, 684-688.
- Miguel-Tobal, J. J & Cano Vindel, A. (1994). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA-* (3ª edición ampliada con nuevos estudios psicométricos y nuevos baremos). Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J.J. & Casado, M.I. (1994). Emociones y trastornos psicofisiológicos. *Ansiedad y estrés*, 0, 1-13.

- Millea, P. & Brodie, J. (2002). Tension – type headache. *American Family Physician*, 66, 797-804.
- Montealegre, F.J., Linares, V. & Sánchez-Ruano, C. (2003). La mujer en edad de climaterio. *Revista Rol de Enfermería*, 26 (1), 12-18.
- Moorey, S., Greer S., Watson, M. & Gorman, C. (1991). The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, 158, 255-259.
- Morrison, M.F., Kallan, M.J., Have, T.T., Katz, I., Tweedy, K. & Battistini, M.(2004). Lack of efficacy of estradiol for depression in postmenopausal women: A randomized, controlled trial. *Biological Psychiatry*, 55 (4): 406-412.
- Narthorst, B.J. & Hammar, M. (1997). Effect on sexual life: A comparison between tibolone and a continuous estradiol - norethisterone acetate regimen. *Maturitas*, 26 (1), 15 20.
- Neises, M. (2003). Sexuality and menopause. *Sexuologie*, 9 (4), 160-169.
- Neugarten, B. & Kraines, R.J. (1965). Menopausal symptoms in women of various ages. *Psychosomatic Medicine*, 27, 266-273.
- OMS. (1975). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 9ª Revisión. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 353, 1978.
- OMS. (1981). *Investigaciones sobre la menopausia: Informe de un grupo científico de la OMS* Ginebra: OMS. (Serie de informes técnicos n° 670).
- OMS. (1996). *Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa: Informe de un grupo científico de la OMS*. Ginebra: OMS (Serie de informes técnicos n° 866).
- Palacios, S. (1992). *Climaterio y Menopausia*. Madrid: Mirpal.
- Palacios, S., Menéndez, C., Jurado, A. R. & Castaño, R. (1995). Changes in sex behavior after menopause: effects of tibolone. *Maturitas*, 22(2),155-161.
- Palacios, S. & Menéndez, C. (1998). *Guía de la Menopausia*. Madrid: Pirámide.
- Pariser, S.F. & Niedmier, J.A. (1998). Sex and the mature woman. *Journal of Women´s health*,7 (7), 849-859.
- Pastor, E., Díaz, M. & Martínez, S. (1999). Las técnicas de relajación y el dolor: una experiencia clínica. *Metas de Enfermería*, 20, 48-53.
- Pelcastre-Villafuerte, B., Garrido-Latorre, M.C. & de León-Reyes, V. (2001). Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud pública de México*, 43 (5), 408-414.

- Romeu, A. & Juliá, M. (1996). Fisiología de la Menopausia. En J. Sánchez- Cánovas (Coord.), *Menopausia y Salud*. Barcelona: Ariel.
- Rosario, E.J., Villani, R.G. Harris, J. & Klein, R. (2003). Comparison of Strength training Adaptations in Early and Older Postmenopausal Women. *Journal of aging and physical Activity*, 11(2), 143-155.
- Ruiz, M. A. & Baca, E. (1991). *Cuestionario de calidad de vida*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Ryde-Brant, R.(1990). Anxiety and Depression in mothers children with psychitic disorders and mental retardation. *British Journal of Psychiatry*, 156, 118-121.
- Rymer, J., Chapman, M.G., Fogelman, I & Wilson, P.O.G.(1994). A study of the effect of tibolone on the vagina in postmenopausal women. *Maturitas*, 18(2), 127-133.
- Saletu-Zyhlarz, G., Anderer, P., Gruber, G., Mandl, M., Gruber, D., Metka, M., Huber, J., Oettel, M., Graser, T., Abu-Bakr, M.H., Gratzhofer, E. & Saletu, B. (2003). Insomnia related to postmenopausal syndrome and hormone replacement therapy: Sleep laboratory studies on baseline differences between patients and controls and double-blind, placebo-controlled investigations on effects of a novel estrogen-progestogen combination (ClimodienReg., LafammeReg.) versus estrogen alone. *Journal of Sleep Research*, 12 (3), 239-254.
- Salvatierra, V. (1992). Alteraciones psicológicas y sexuales durante la menopausia. En S. Palacios, *Climaterio y Menopausia*. Madrid: Mirpal.
- Sánchez-Cánovas, J., Marín Torrens, R.M., Donat Colomer, F., Salas Trejo, D., Dupuy Layo, M. J., Pérez Peiró, S. & Durá Ferandis, E. (1995). *Relaciones entre salud física, estrés, estilos de vida saludables y apoyo social: un estudio exploratorio en mujeres climatéricas*. Memoria de investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo, Proyecto FISS nº 94/0565.
- Sánchez- Cánovas, J. (Coord.) (1996). *Menopausia y Salud*. Barcelona: Ariel.
- Sánchez- Cánovas, J. (1999). *Cuestionario de valoración de la calidad de vida, en mujeres de 45 a 64 años*. Madrid: Ministerio de asuntos sociales. Instituto de la Mujer.
- Sharley, K.M., Bearpark, H. M., Acebo, C., Millman, R.P., Cavallo, A. & Carskadon, M.A. (2003). Effects of menopausal status on sleep in midlife women. *Behavioral Sleep Medicine*, 1(2), 69-80.
- Shimdt, P. & Rubinow, D. (1991). Menopause related affective disorders: A justification for further study. *American Journal of Psychiatry*, 148(7), 844-852.

- Singh, B. (2003). HRT no longer first choice for preventing osteoporosis. *British Medical Journal*, 327, 1364.
- Sorensen, R. (1991). *Adolescent sexuality in contemporary America*. New York: World.
- Spielberger, C. (1988; 1991). Versión española por Miguel-Tobal, J. J., Cano Vindel, A. y Casado, M.I. (1992). *Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo – STAXI-*.
- Stevenson, D.W. & Delprato, D.J. (1983). Multiple component self-control program for menopausal hot flashes. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 137-140.
- Stewart, M.W. (2003). Self-esteem as a function of urinary continence in post menopausal women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64 (5B), 2133.
- Strickland, B.R. (1992). La menopausia. En E.A. Blechman & K.D., Brownell (Dir.). *Medicina Conductual de la Mujer*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sturdee, DW. & Brincat, M.(1998). The hot flush. En J.W.W. Studd & M.I. Whitehead (Eds.) *The menopause*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Suárez, S. (2003). Soja y Menopausia. *Farmacia Profesional*, 17(7), 48-52.
- Sueiro, E., Carbulleira, M.M., Perdiz, C., Rodríguez, J.A. & González, A. (1999). Promoción de la salud: intervención psicológica en un grupo de mujeres en climaterio: Programa. *Psicología conductual*, 7 (1), 139-155.
- Sueiro, E., Carbulleira, M.M., Perdiz, C., Rodríguez, J. A. & González, A. (1999). Promoción de la salud: Intervención psicológica en un grupo de mujeres en climaterio: Una experiencia práctica. *Psicología conductual*, 7 (1), 155-167.
- Sultan, F.E. & Chambles, D.L. (1992). Funcionamiento Sexual. En E. A. Blechman & K.D. Brownell (Dir.). *Medicina Conductual de la Mujer*. Barcelona: Martínez Roca.
- Swartzman, L.C. & Edelberg, R. (1983). *Physiological and psychological responses of flushing and non-flushing perimenopausal women*. Reunión anual de la American Psychological Association. Anaheim: California.
- Swartzman, L.C., Edelberg, R. & Kerman, E. (1990). Impact of stress on objectively recorded hot flushes. *Health Psychology*, 9, 529-545.
- Tataryn, I.V., Meldrum, D.R., LU, K.H., Frumar, A.M. & Judd, H.L. (1979). LH, FSH and skin temperature during the menopausal hot flushes. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 49, 152-154.

- Tejerizo, L.C., López-Sosa, M.C., Doyagüe, M.J., Velasco, M.J., Cabezas, M. & Lancharesta, J. (1992). Aspectos psicológicos y psiquiátricos del climaterio. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 7, 53-69.
- Terashima, K., Mikami, A., Tachibana, N., Kumano-Go, T., Teshimna, Y., Sugita, Y. & Takeda, M. (2004). Sleep characteristics of menopausal insomnia: A polysomnographic study. *Psychiatry and clinical Neurosciences*, 58(2), 179-185.
- Thirlaway, K., Fallowfield, L. & Cuzick, J. (1997). The sexual activity questionnaire: A measure of women's sexual functioning. *Care and Rehabilitation*, 6 (6), 606.
- Thobaben, M. (2003). Safety alert for women taking postmenopausal hormone replacement therapy. *Home Health Care Management and practice*, 15 (6), 521- 522.
- Twooroger, S.S., Yasui, Y., Vitiello, M.V., Schwartz, R.S., Ulrich, C.M., Aiello, E.J., Irwin, M.L., Bowen, D., Potter, J.D. & McTiernan, A. (2003). Effects of a Yearlong Moderate-Intensity Exercise and a Stretching intervention on Sleep Quality in Postmenopausal women. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 26 (7), 830- 836.
- Ussher, J.M. (1992). Research and theory related to female reproduction: Implications for clinical psychology. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 129-151.
- Warnock, J., Bundren, J.C & Morris, D.W. (1997). Female hypoactive sexual desire disorder due to androgen deficiency: clinical and psychometric issues. *Psychopharmacology-Bulletin*, 33(4), 761-766.
- Warnock, J., Bundren, J.C & Morris, D.W. (1999). Female hypoactive sexual disorder: case studies of physiologic androgen replacement. *Journal of sex and marital therapy*, 25 (3), 175-182.
- Wentz, A. (1988). Management of the menopause. En H.W. Jones, A.C., Wentz, L.S. Burnett (Eds). *Novak's textbook of gynecology* 11th ed. Baltimore, MD., Williams and Wilkins.
- Whiteman, M., Staropoli, C., Benedict, J., Borgeest, C. & Flaws, J. (2003). Risk factors for hot flushes in midlife women. *Journal of women's health*, 3 (12) (5) 459-472.
- Wiklund, I. (1998). Methods of assessing the impact of climacteric complaints on quality of life. *Maturitas*, 29 (1), 41-50.
- Wojnar, M., Drozd, W., Araszkiewicz, A., Szymanski, W., Nawacka- Pawlaczyk, D. & Urbanski, R. (2003). Prevalence of depressive disorders in perimenopausal women in gynecological practice. *Psychiatria Polska* 37 (5), 811-824.

- Women's Health Initiative Investigators (WHI) (2002). Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy postmenopausal women. *Journal of the American medical Association*, 288, 321-333.
- Women's Health Organisation (WHO) (1990). *Health promotion. A resource book*. Copenhagen: WHO-EURO.
- Yazici, K., Pata, O., Yazici, A., Akas, A., Tot, S & Kanik, A. (2003). The effects of hormone replacement therapy in menopause on symptoms of anxiety and depression. *Turk psikiyatri dergisi*, 14 (2), 101-105.
- Young, T., Rabago, D., Zgierska, A., Austin, D. & Finn, L. (2003). Objective and subjective sleep quality in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women in the Wisconsin sleep cohort study. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 26(6), 673-677.
- Zhang, S., Wang, J., Zhou, H., Rao, K. & Deng, X. (2003). Climacteric depression in Beijing. *Chinese Mental Health Journal*, 17 (5), 348-350.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTOS UTILIZADOS

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA MENOPAUSIA

Por favor, lea atentamente cada una de las siguientes preguntas y conteste según proceda en cada caso.

NOMBRE:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

HIJOS:

SITUACIÓN LABORAL:

1. ¿Ha participado en anteriores programas de intervención relacionados con la sintomatología de la menopausia?
2. ¿Cuánto tiempo lleva sintiendo molestias o síntomas relacionados con la menopausia?
3. ¿Qué sintomatología relacionada con la menopausia refiere actualmente? Enumérela.
4. ¿Ha padecido o padece actualmente alguna enfermedad? ¿Cuál?

¿Está siendo tratada por ello?
5. ¿Ha padecido o padece algún trastorno de tipo psicológico? ¿Cuál?

¿Está siendo tratada por ello?
6. ¿Toma alguna medicación relacionada con la sintomatología de la menopausia?

¿Cuál?
7. ¿Cuánto tiempo lleva sin la presencia de menstruaciones?

Gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO DE KUPPERMAN Y BLATT

Síntomas	Factor	Severidad	Puntuación
Sofocos ó sudores	4		
Parestesias	2		
Insomnio	2		
Nerviosismo	2		
melancolía	1		
Vértigo	1		
Fatiga	1		
Artromialgias	1		
Cefaleas	1		
Palpitaciones	1		
Disestesias (hormigueos)	1		

Indicar de 0 a 3 la severidad de cada síntoma

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

Versión original de Zigmond y Snaith. 1983

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde de prisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Me siento tenso o nervioso</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los días</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p>8. Me siento como si cada día estuviera más lento</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo.</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> nunca</p> |
| <p>2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba</p> <p><input type="checkbox"/> Como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> No lo bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> | <p>9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones</p> <p><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p> |
| <p>3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.</p> <p><input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> | <p>10. He perdido interés en mi aspecto personal.</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debiera</p> <p><input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado</p> <p><input type="checkbox"/> Me preocupo al igual que siempre</p> |
| <p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.</p> <p><input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice</p> <p><input type="checkbox"/> No tanto ahora</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p>11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input type="checkbox"/> No mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> |
| <p>5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.</p> <p><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces</p> <p><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones</p> | <p>12. Me siento optimista respecto al futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> |
| <p>6. Me siento alegre</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Casi siempre</p> | <p>13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico</p> <p><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p> |
| <p>7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p>14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.</p> <p><input type="checkbox"/> A menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p> |

**CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES
DE 45 A 64 AÑOS**

- CUESTIONARIO Nº FECHA: ____/____/____

- LUGAR DONDE SE CUMPLIMENTA Y PROVINCIA

- AUTOADMINISTRADO

Especificar la categoría del profesional que lo administra:

.....

.....

- EDAD DE LA MUJER

- EN LA ACTUALIDAD ¿ESTÁ O HA ESTADO INCORPORADA EN ALGÚN
PROGRAMA DE ATENCIÓN EN EL CLIMATERIO?

¿Dónde?

.....

.....

PUNTUACIÓN TOTAL

Indique, por favor, lo que considera más ajustado a su situación actual con respecto a esta pregunta:

	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
0. Conozco los cambios asociados a la menopausia.	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO

Indique, por favor, lo que considera más ajustado a su situación actual con respecto a estas cuatro preguntas:

A:

	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
1. Creo que la retirada de la regla es algo malo para mí.	5	4	3	2	1
2. El climaterio me resulta una época difícil de vivir.	5	4	3	2	1

PUNTUACIÓN A

Trate de recordar cómo se ha sentido en los últimos días y semanas, incluso en los últimos seis meses y responda a las siguientes cuestiones.

B:

	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
3. Me he sentido con esperanza y confianza en el futuro.	1	2	3	4	5
4. Me he sentido inquieta.	5	4	3	2	1
5. Me he sentido triste, melancólica	5	4	3	2	1
6. Me he sentido tranquila, serena, sosegada.	1	2	3	4	5
7. Cualquier cosa, por pequeña que fuera, me ha llenado de preocupaciones	5	4	3	2	1
8. Tengo dificultades para dormirme cuando me acuesto	5	4	3	2	1
9. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.	5	4	3	2	1

PUNTUACIÓN B

C:

	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
10. Ha disminuido mi interés por las relaciones sexuales.	5	4	3	2	1
11. La frecuencia de mis relaciones sexuales ha disminuido.	5	4	3	2	1
12. Me siento satisfecha con mis relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
13. Me siento/llevo bien con mi pareja	1	2	3	4	5
14. Comento con facilidad con mi pareja los problemas que se nos presentan.	1	2	3	4	5

PUNTUACIÓN C

D:

	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
15. Me siento sola.	5	4	3	2	1
16. He disminuido mis relaciones con los amigos y vecinos.	5	4	3	2	1
17. Salgo con frecuencia para entretenerme y divertirme.	1	2	3	4	5
18. Echo de menos tener otras actividades diferentes a las cotidianas.	5	4	3	2	1

PUNTUACIÓN D

E:

	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
19. Me siento valorada por mi familia.	1	2	3	4	5
20. Me siento apoyada por mi familia.	1	2	3	4	5
21. Mis relaciones familiares han empeorado.	5	4	3	2	1
22. Me siento menos útil en mi familia.	5	4	3	2	1

PUNTUACIÓN E

Fuente: José Sánchez Cánovas, Catedrático del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Valencia y el grupo investigador formado por: Rosa María Marín Torrens, Técnico superior de Programas de Salud. Consellería de Sanitat y Consum. Direcció General de Salut Pública. Servicio de Programas Especiales. María Dolores Salas Trejo, Jefa de Servicio de Programas Especiales. Consellería de Sanitat y Consum. Direcció General de Salut Pública. Servicio de Programas Especiales. Elíseo Pastor Villalba, Funcionario de la Consellería de Sanitat y Consum. Direcció General de Salut Pública, Área de Promoción. Jesús Zorroza Ruesta, Profesor Asociado del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia. Marta López Corell, licenciada en Psicología.

ANEXO 2:
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN 10 SESIONES

SESIÓN 1: INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESION	CONTENIDO	DURACIÓN
1	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Iniciar el programa de intervención psicológica en la menopausia. Conocer, motivar e integrar a las participantes en este proceso. Enseñar los temas a desarrollar a lo largo del programa.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de las Psicólogas que llevarán a cabo las diferentes sesiones del programa. 2. Aplicación del cuestionario de calidad de vida y el cuestionario informal. 3. Actividad de presentación de las participantes al programa y entrega de una carpeta con material informativo. 4. Presentación de los objetivos del programa. 5. Presentación de los contenidos del programa. 6. Puesta en común. 7. Tarea para casa: leer la documentación entregada en la sesión, traer preguntas para la siguiente sesión y rellenar autorregistro de sofocos. 8. Aplicación del Índice de Kupperman y el HADS.</p>	90 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Iniciar el programa de prevención y tratamiento de menopausia.
- ✓ Conocer, motivar e integrar a las participantes en este proceso.
- ✓ Enseñar los temas a desarrollar a lo largo del programa.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

El comienzo de programa, parte de la justificación de la necesidad del programa de intervención para las mujeres en edad perimenopáusica desde la psicología clínica.

Se explica a las participantes que la menopausia es una etapa de la vida de la mujer, no una enfermedad, aunque debido al cese de la actividad hormonal pueden aparecer una serie de alteraciones. Por lo que es necesario desarrollar medidas de carácter preventivo y tratamientos adecuados. La menopausia, puede conllevar crisis personales, de pareja y sociales que afectan psicológicamente a las mujeres y requieren información y atención profesional especializada.

Por otro lado, se pretende mejorar la calidad de vida de las mujeres durante este proceso y por ello se abre un programa de intervención psicológica, en prevención y tratamiento, específico para el tema de la menopausia, con la convicción de que es un adecuado mecanismo de acción de ayuda.

ACTIVIDADES

1. Presentación de las Psicólogas que llevarán acabo las diferentes sesiones del programa.
2. Aplicación del cuestionario de calidad de vida y el cuestionario informal.
3. Actividad de presentación de las participantes al programa y entrega carpeta con material informativo.
4. Presentación de los objetivos del programa.
5. Presentación de los contenidos del programa.
6. Puesta en común.
7. Tarea para casa.
8. Aplicación del índice de Kupperman y Blatt y el HADS.

MATERIAL

- ☞ Transparencia de presentación
- ☞ Cuestionario de calidad de vida
- ☞ Cuestionario informal
- ☞ Parámetros de presentación
- ☞ Transparencia de objetivos
- ☞ Transparencia de contenidos
- ☞ Tareas para casa, auto registro de sofocos y la hoja de preguntas
- ☞ Inventario HADS
- ☞ Carpeta informativa
- ☞ Buzón de sugerencias

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Presentación de las Psicólogas.

Las psicólogas encargadas de cada grupo se presentan una a la otra dando a conocer al grupo la compañera con la que va a trabajar, debe tener en cuenta los siguientes parámetros, ya que en la actividad 3 les pedirán a las personas del grupo que los repitan:

Nombre y apellido

Profesión

Cuidad donde nació

Actividad actual

Actividad 2

Antes de iniciar con la presentación del grupo se realizará la aplicación del cuestionario de calidad de vida y el cuestionario informal; que servirá de ayuda para la recolección de datos demográficos e información pertinente para el desenvolvimiento del programa.

Actividad 3

Las psicólogas la pedirán al grupo que se reúnan en parejas, preferiblemente con alguien a quien no conozcan, y siguiendo los parámetros se presenten entre ellas. Al finalizar cada una estará encargada de dar a conocer al grupo a la compañera con la que realizó la actividad. Se hace entrega de la carpeta, con información pertinente para la realización del programa.

Actividad 4

Las psicólogas presentan los objetivos del programa:

Objetivo general:

Disminuir la sintomatología asociada a la menopausia y mejorar la calidad de vida de mujeres durante la etapa de la menopausia.

Objetivos específicos

- Aumentar el nivel de información sobre los cambios que ocurren con la menopausia.
- Enseñar estrategias para afrontar los cambios producidos por la menopausia.
- Desarrollar acción preventiva y terapéutica antes y durante la menopausia en mejora de su situación personal, social y laboral.

Actividad 5

A continuación las psicólogas presentan los contenidos que se desarrollarán durante las sesiones de programa y darán una breve introducción de cada uno de ellos:

- ✓ En la sesión 2 y 3 se trabajará la importancia teórica de los *órganos genitales*, el significado y conceptos de *la menopausia*, al igual que los *cambios a corto, medio y largo plazo* que ella conlleva. Con motivo de ampliar información, aclarar dudas y unificar criterios alrededor de la menopausia.
- ✓ En las sesiones 4 y 5 se desarrollarán estrategias de afrontamiento para disminuir los cambios que trae la menopausia a corto, medio y largo plazo con técnicas como la relajación, respiración, ejercicios físicos, alternativas sexuales y nutrición.
- ✓ Se informará en las sesiones 6 y 7 de las posibles preocupaciones excesivas y creencias irracionales acerca de la menopausia, para aclarar conceptos y evitar confusión como consecuencia de la falta de información o información errónea.
- ✓ La sesión 8 y 9 se dedicarán para solución de problemas y administración del tiempo, con el objetivo de cubrir algunas necesidades que aparecen en la etapa de la menopausia.
- ✓ En la última sesión se evaluará el desarrollo y los beneficios del programa, y se hará entrega de un recetario saludable.

Actividad 6.

Después de explicar los temas a tratar, se pone en común con las participantes las expectativas que tienen acerca del programa y así asegurar que se tratarán todos los temas de interés para la población con la que se va a trabajar.

Actividad 7

Como tarea para la casa se les pedirá que en su tiempo libre lean la información que se les ha entregado en las carpetas y que realicen en autorregistro de sofocos. Sin olvidar traer preguntas para la siguiente sesión acerca de la menopausia y responder a las preguntas que se les ha entregado durante la sesión.

Actividad 8

Aplicación del índice de Kupperman y Blatt y el HADS.

Fin de la sesión.

SESIÓN 2: ¿QUÉ NOS ESTÁ PASANDO?

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESION	CONTENIDO	DURACIÓN
2	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN:</p> <p>Abordar los pensamientos y sentimientos que despierta el término menopausia. Explicar el aparato reproductor femenino y la función del ciclo hormonal. Determinar los cambios que se producen durante el climaterio y la menopausia a corto plazo, y a diferentes niveles: fisiológico, físico y psicológico. Explicar el proceso de estos cambios e indicar las técnicas que se pueden usar para contrarrestarlos.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas en casa 2. Explicación del aparato reproductor femenino: actividad orientada al esclarecimiento de conceptos e ideas sobre la menopausia. 3. Introducción teórica a la menopausia: <ol style="list-style-type: none"> a. Conceptos básicos. b. Cambios a corto plazo (causas y soluciones). 4. Tarea para casa: leer la documentación entregada durante la sesión 	90 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Abordar los pensamientos y sentimientos que despierta el término menopausia.
- ✓ Explicar el aparato reproductor femenino y la función del ciclo hormonal.
- ✓ Determinar los cambios que se producen durante el climaterio y la menopausia a corto plazo y a diferentes niveles: fisiológico, físico y psicológico.
- ✓ Explicar el proceso de estos cambios e indicar las técnicas que se pueden usar para contrarrestarlos.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

La menopausia es otro cambio de las etapas normales de la mujer, aunque en algunas ocasiones pueden aparecer una serie de alteraciones o molestias que hace que las mujeres demanden atención sanitaria.

Es importante tener una información correcta, saber qué está pasando y porqué, qué va a suceder y cómo se puede actuar para mantener siempre una actitud positiva, no sólo en la menopausia sino en cualquier otra circunstancia de la vida.

Muchas veces se ha considerado a la menopausia como una etapa negativa de la mujer, en todos los aspectos, pero realmente no es así. Debemos considerar que la menopausia se puede vivir con la misma plenitud y optimismo con los que se vive cualquier otra etapa de la vida.




La segunda sesión tratará de ofrecer la información necesaria para identificar los cambios que erróneamente se asocian a la menopausia. Además, se pretende dotar a las mujeres de un mayor conocimiento acerca del aparato reproductor femenino así como del ciclo hormonal.

En esta sesión se exponen los cambios físicos, fisiológicos y psicológicos que se asocian con la menopausia, y que se dan a corto plazo, tales como los sofocos, las perturbaciones del sueño y las preocupaciones, siendo éstos los más generalizados y que más desajustes producen al iniciarse el climaterio. Así mismo se presentan las técnicas que ayudan a prevenir y/o paliar las molestias derivadas de estos cambios.

ACTIVIDADES

1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas en casa.
2. Explicación del aparato reproductor femenino: actividad orientada al esclarecimiento de conceptos e ideas sobre la menopausia.
3. Introducción teórica a la menopausia.
 - a. Conceptos básicos.
 - b. Cambios a corto plazo (causas y soluciones).
4. Tarea para casa: leer la documentación entregada durante la sesión.

MATERIAL

-  Transparencia de presentación
-  Transparencia del aparato reproductor
-  Transparencia de funcionamiento hormonal

- ☞ Transparencia de ideas falsas sobre la menopausia
- ☞ Transparencia de palabras positivas: Otro lenguaje para la menopausia
- ☞ Transparencia de la definición de menopausia
- ☞ Transparencia de climaterio - menopausia
- ☞ Transparencia de los cambios que se presentan en la menopausia
- ☞ Transparencia de otros factores que contribuyen a los cambios
- ☞ Transparencia de menopausia – andropausia: Cambios fisiológicos de la sexualidad en ambos sexos
- ☞ Transparencia de factores ambientales y cambios hormonales
- ☞ Tarea para la casa: leer la documentación entregada en la sesión
- ☞ Resumen de la sesión 1

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Presentación de la sesión y revisión de las tareas de casa.

Se les entrega a las participantes el material de la sesión que reúne la información que se dará.

Actividad 2

El objetivo de esta actividad es presentar el proceso de producción de hormonas en los ovarios, así como el inicio (la primera menstruación) y el cese (climaterio) de estos ciclos hormonales:

MORFOLOGÍA Y FUNCIONAMIENTO DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato reproductor femenino permite que las mujeres sexualmente sanas produzcan óvulos maduros, los transporten para que sean fecundados y los alimenten una vez fertilizados. La descripción del sistema sexual femenino se divide en dos partes:

1- Los genitales externos o vulva- Es el nombre con el que se designa al conjunto de los genitales que pueden verse.

2- Los genitales internos- Es el sistema reproductor de la mujer.

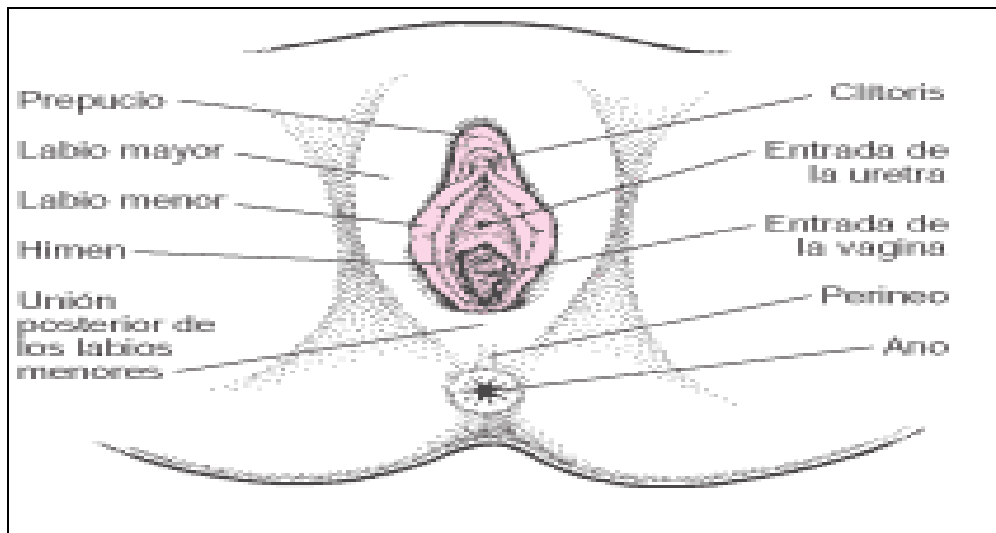
A continuación se analizará cada una de las partes enunciadas:

GENITALES EXTERNOS

- **Vulva o área púbica:** Órgano sexual externo de la mujer. La parte más visible se llama monte de Venus o pubis y a partir de la pubertad se recubre de vello.
- **Labios mayores o externos:** Son pliegues de piel que se encuentran entre los músculos, rodeando y protegiendo la vulva.
- **Labios menores o internos:** Más pequeños que los labios externos, son pliegues que protegen la entrada de la vagina y del clítoris.
- **Clítoris:** Es una pequeña área localizada en el lado anterior de la vulva, recubierta por los labios menores. Es un órgano eréctil y de tamaño pequeño. Las innumerables terminaciones nerviosas que llegan a él y a sus alrededores hacen que sea muy sensible al contacto, tanto directo como indirecto.
- **Glándulas de Bartholin:** Situadas en cada uno de los labios menores, sus conductos se localiza en las superficies internas de los labios, adyacentes a la abertura vaginal. En las etapas avanzadas de la excitación de sexual, esas glándulas secretan un material mucoso para lubricar la abertura vaginal.
- **Uretra:** Es la apertura que permite que salga la orina. No es parte de los órganos sexuales, pero está localizada detrás del clítoris y enfrente de la vagina. Por su ubicación en la mujer puede infectarse si no se tiene una buena higiene.
- **Abertura vaginal:** Por debajo de la uretra está la abertura vaginal. Antes del primer coito, puede estar parcialmente cerrada por el himen.
- **Himen:** Es una delgada membrana que cubre la entrada de la vagina, aunque no la tapa por completo ya que debe existir un agujero que permita la salida del flujo menstrual o periodo.

Cuando se rompe puede ser doloroso, sobre todo en las relaciones sexuales. La presencia del himen no es sinónimo de virginidad.

- **Periné:** Es el área situada entre la vagina y el ano. Es una región con numerosas terminaciones nerviosas, lo que le hace muy sensible.



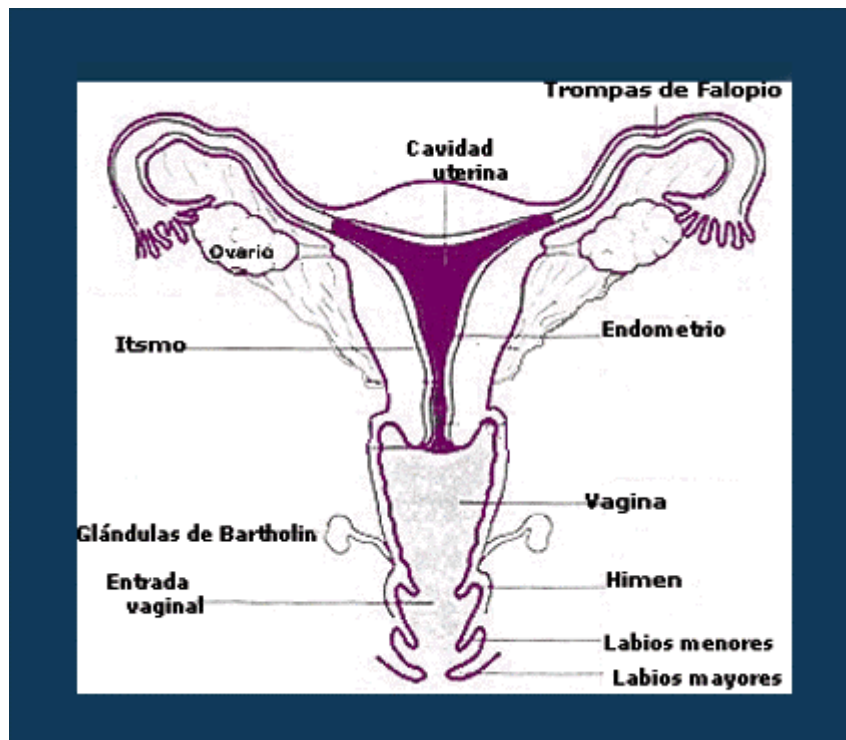
Órganos sexuales femeninos externos

GENITALES INTERNOS

- **Vagina:** Conducto flexible y elástico que comunica el útero con el exterior. Su elasticidad y flexibilidad permiten la adaptación al tamaño del pene durante la penetración.
- **Cerviz o cuello uterino:** Es el extremo inferior del útero que comunica con la vagina.
- **Útero:** Órgano muscular único, del tamaño de una pera pequeña, localizado en la línea media de la pelvis entre la vejiga urinaria por delante y el recto por detrás. En las mujeres que nunca han parido mide unos 7,5 cm de largo. Tiene capacidad para aumentar de tamaño. Pasa por cambios cíclicos cada mes (periodo) y durante el orgasmo se contrae.
- **Trompas de Falopio:** Trompas uterinas: Conductos que unen los dos ovarios con el útero. La unión del óvulo y el espermatozoide se realiza en el interior de las trompas.

- **Ovarios:** En ellos se encuentran los folículos ováricos, dentro de los cuales están los óvulos. Nacemos con unos 400.000 óvulos, no produciéndose más a lo largo de la vida. De toda esta dotación de óvulos, sólo unos 400 son utilizados.
- **El punto “G”:** Llamado así después de que el Dr. Grafenberg lo descubriera, el punto “G”, del tamaño de una almendra, está localizado en la pared anterior (frontal) de la vagina, detrás del clítoris. Esta zona tiende a dilatarse después de ejercer una fuerte fricción desencadenando el orgasmo que se localiza desde el clítoris a la vagina.

Órganos sexuales femeninos internos



Una vez explicados los órganos sexuales femeninos, se procede a la presentación del proceso de producción de hormonas en los ovarios, así como el inicio (primera menstruación) y el cese (climaterio) de estos ciclos hormonales:

DESARROLLO DEL CICLO HORMONAL

Los ovarios, al igual que otros órganos de nuestro cuerpo, tienen un proceso específico de desarrollo. El **ovario** es el órgano central y tanto el **folículo** como el **cuerpo lúteo** son dos estructuras de secreción interna: el folículo maduro produce **estrógenos** y el cuerpo lúteo produce **progesterona**.

En el ovario de una niña no hay folículos maduros aunque sí **folículos primordiales**, cada uno de ellos con su correspondiente ovocito. Hasta la llegada de la primera regla, el cuerpo no está preparado, los ovarios son de leche y no son suficientemente maduros como para producir hormonas.

Cuando los ovarios son adultos y presentan una estructura capaz de producir hormonas aparecen las primeras reglas. Por el contrario, al llegar el climaterio, prácticamente todos los folículos primordiales y maduros así como los cuerpos lúteos han desaparecido.

A lo largo de la vida, la provisión inicial de ovocitos del ovario se va consumiendo con cada ciclo hasta que se agota completamente. En la mujer el número de ovocitos va disminuyendo desde incluso antes del nacimiento hasta la menopausia, de manera que en la mujer postmenopáusica el número de ovocitos es cero. Cuando se han consumido todos los ovocitos el ciclo se suspende. Al no haber folículos no se forman estrógenos y al desaparecer estos no hay ciclo.

Por lo tanto, el cese de la menstruación no es debido a una atrofia del ovario, ni al envejecimiento, sino simplemente a un agotamiento de la reserva folicular.

¿CÓMO OCURRE EL CICLO HORMONAL?

Como se comentó anteriormente, los ovarios contienen miles de pequeñísimos óvulos. Uno de éstos, madura por la influencia de las hormonas de la siguiente forma: existe una pequeña glándula situada debajo del cerebro llamada hipófisis, que envía una señal a los ovarios para que se produzcan unas hormonas, que se llaman estrógenos y que harán madurar el óvulo, Cuando ha madurado, se desprende de una especie de bolsita (folículo) en la que se encontraba alojado. El cuerpo que queda (cuerpo lúteo) es la hormona progesterona. Dicha hormona, prepara la matriz o la capa interior del útero para recibir ese óvulo maduro, aumentando su

espesor y el número y tamaño de los vasos sanguíneos. Mientras, el óvulo se dirige a la matriz a través de las Trompas de Falopio. Si el óvulo no es fecundado por un espermatozoide durante el tiempo que tarda en recorrer dicho conducto, sale del organismo y es expulsado al exterior junto con la capa enriquecida de la matriz, que ya no es necesaria. Esto es la **menstruación**.

Llega un momento en que los ovarios se debilitan y comienzan a producir un número menor de hormonas. Se produce un reequilibrio hormonal que, por supuesto y como todo cambio, pone a prueba la capacidad de adaptación y afrontamiento de las mujeres. Así, se puede recordar los altibajos físicos y emocionales que afrontamos durante la pubertad, que eran igualmente síntomas de que nuestro organismo estaba poniendo en acción un nuevo sistema hormonal. Esto se repite en la menopausia, pero a la inversa.

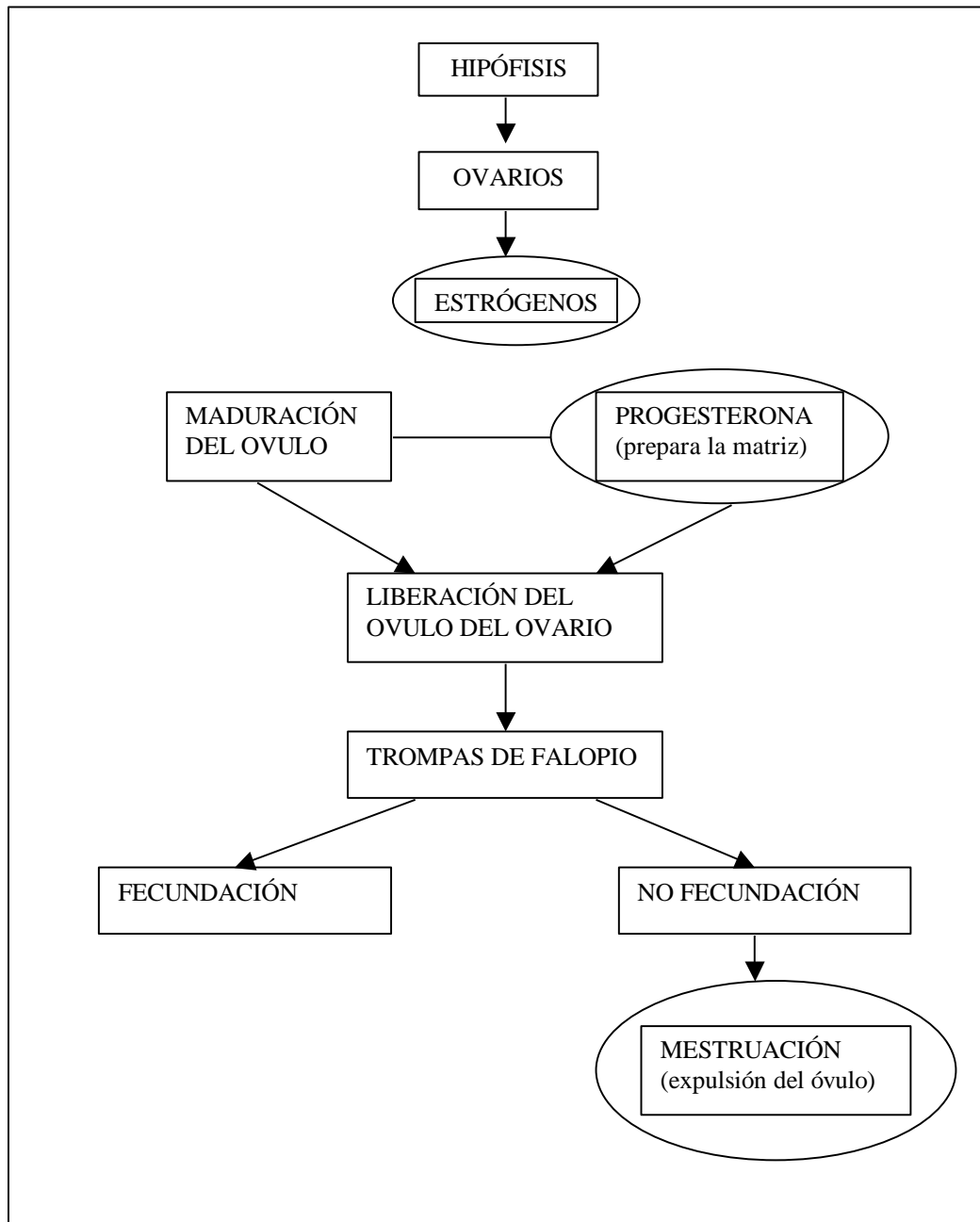
El que los ovarios dejen de producir hormonas no significa que no se vaya a tener estrógenos después de la menopausia, hay otras glándulas encima de los riñones que contribuyen a la producción de estrógenos a través del tejido graso (por eso, las mujeres delgadas suelen tener más molestias al producirse la disminución de hormonas).

La reducción de la producción de estrógenos y progesterona, trae consigo una serie de cambios asociados que deben conocerse de cara a una mejor adaptación.

OTRAS FUNCIONES DE LAS HORMONAS

Los estrógenos además de intervenir en el ciclo menstrual, influyen en el deseo sexual y determinan la distribución de la grasa del cuerpo. Por eso su disminución provoca una mayor acumulación de grasa en la zona abdominal. Así mismo mantienen la consistencia del esqueleto y con su disminución el hueso se hace más frágil. Gracias a la acción de los estrógenos los niveles de colesterol no suelen ser elevados y el riesgo de sufrir arterioesclerosis o infarto cardíaco es muy bajo, de ahí la aparición de trastornos cardiovasculares en algunos organismos con la llegada de la menopausia. Otro de los procesos en los que intervienen los estrógenos es en la regulación del ciclo vigilia - sueño.

La progesterona aumenta el tamaño de las glándulas de los senos especialmente en los días previos a la menstruación.



Funcionamiento hormonal

Éstas son algunas de las muchas funciones sobre las que actúan estas hormonas y gracias a sus efectos sobre el cerebro influirán en buena medida sobre el comportamiento de la mujer.

Actividad 3

A. CONCEPTOS BÁSICOS:

En esta actividad se les anima a las participantes a expresar sus ideas sobre la menopausia, y los cambios que se producen en ella; qué han oído, qué han experimentado y qué expectativas tienen sobre esta etapa. Mediante una lluvia de ideas, que serán anotadas en una pizarra, se van identificando ideas que, erróneamente o no, subyacen al término menopausia. Así pues, posteriormente se analizan estas creencias y se señala lo que hay de cierto o de falso en cada una de ellas.

En esta lluvia de ideas deben aparecer términos irracionales como: la mujer vista como reproductora, pérdida de feminidad, la menopausia como enfermedad, estado de ánimo decaído causado por la menopausia, pérdida de interés y atractivo sexual...

Las ideas que no aparezcan espontáneamente deben ser inducidas por las psicólogas de cara a su discusión posterior.

Algunas de las manifestaciones que aquí aparecen son discutidas en esta misma actividad, continuando esta aclaración de ideas a lo largo de toda la sesión.

Falacias sobre la menopausia y cómo refutarlas.

Por regla general la menopausia que se describe en muchos libros no tiene nada que ver con la que viven realmente las mujeres que están pasando por esta etapa. Esto ha ayudado, en parte, a crear la imagen que existe hoy en día de la menopausia en la sociedad, asociada a palabras como crisis, época de miedo, fin de la vida útil, tristeza, etc. Esta visión también ha llevado a imponer una serie de ideas completamente falsas sobre esta etapa y sobre las mujeres que están pasando por ella. Entre ellas se encuentran las siguientes:

“La mujer es lo que es su biología y está determinada por ella”:

El error principal de esta idea está en que piensa que el ser humano sólo se define por su cuerpo, cuando en realidad es un conjunto rico en emociones, sentimientos, vivencias acumuladas a lo largo de la vida.

“La menopausia se reduce a cambios hormonales”:

En esta idea también se olvidan todos los aspectos personales, sociales y culturales de la persona.

“La menopausia es una desviación de la verdadera feminidad”:

Esta idea encierra la creencia impuesta en la sociedad de que una mujer femenina es aquella que es joven, bella y que produce muchas hormonas.

“La menopausia supone una pérdida del estado de salud”:

Esto se basa en la idea de que el cambio en la producción de estrógenos acarrea graves riesgos para la salud de todas las mujeres, pero ¿acaso es una pérdida de salud la primera vez que se presenta la regla? Y sin embargo en esa etapa también se produce un cambio en la producción de estrógenos.

“La mujer menopáusica no es una mujer completa”:

Parece que el dejar de ser fértil y el reajuste de hormonas es lo que define a la mujer que se ve reducida a una “máquina” de procrear dejando de lado todo lo demás (sentimientos, deseos, etc.).

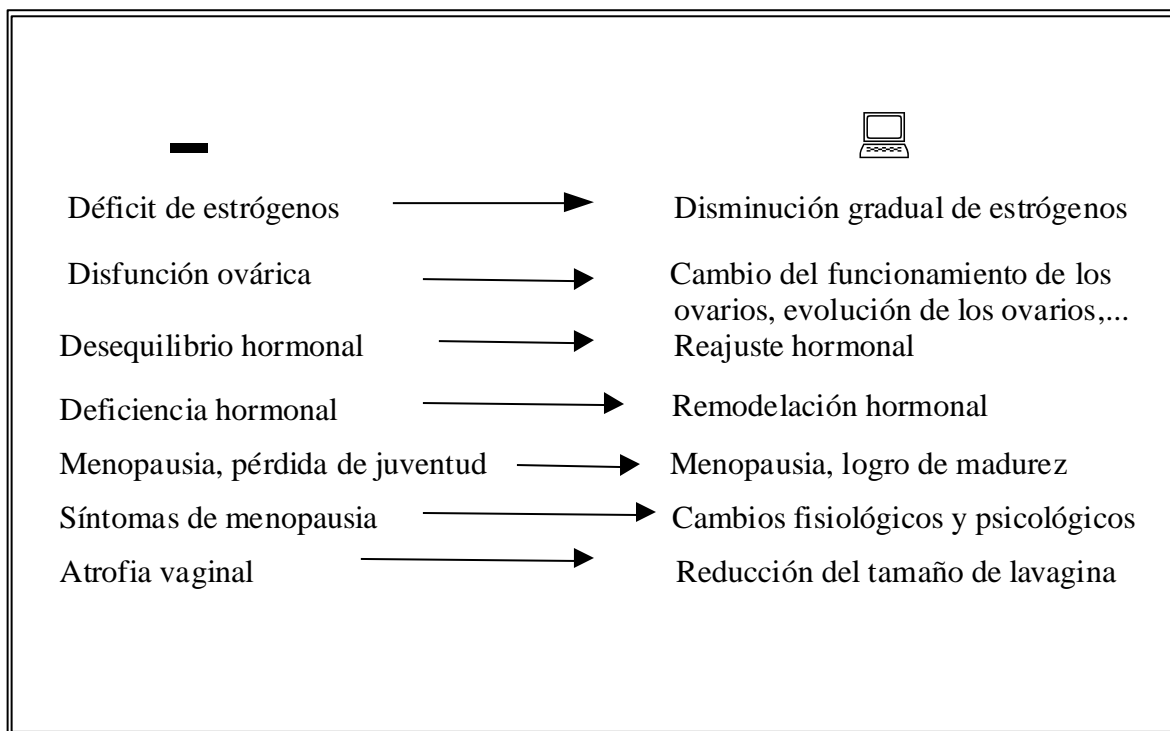
“Todas las mujeres menopáusicas precisan de diagnóstico y tratamiento”:

Se tiene la idea equivocada de que el reajuste hormonal es malo, cuando en realidad es un cambio totalmente normal al igual que los que se producen en otras etapas de la vida (primera regla, embarazos).

Para desmontar todas estas ideas es importante tener en cuenta que la menopausia es una transición fisiológica por la que pasan todas las mujeres y en la que hay grandes diferencias individuales, algunas mujeres pueden tener cambios físicos y otras no, y estos cambios pueden resultar a unas más molestos que a otras. Además existe un gran desconocimiento sobre esta etapa en la que hay que tener en cuenta no sólo aspectos biológicos de la mujer sino también los sociales, históricos y personales, al igual que en las demás etapas.

Los mitos anteriores están en gran parte favorecidos por el uso de un lenguaje inadecuado y generalmente negativo acerca de todos los aspectos que rodean a la menopausia. Por ello se

hace totalmente imprescindible el cambio hacia unas palabras más positivas y, a su vez, también más reales.



B. CAMBIOS A CORTO PLAZO: CAUSAS Y SOLUCIONES

Posteriormente se enfoca la introducción teórica de la menopausia, donde lo que se quiere conseguir es unificar términos y aclarar dudas alrededor de lo que encierra esta etapa de la vida de la mujer. Se inicia con una explicación amplia de su significado y se enlaza con los cambios que se pueden presentar.

El contenido de esta actividad se presenta a continuación:

¿QUÉ ES LA MENOPAUSIA?

Hay que tener en cuenta que la menopausia es una etapa de la vida de la mujer, no una enfermedad, aunque en un elevado porcentaje de casos lleva consigo una serie de alteraciones que condicionan a que la mujer demande atención.

Se ha definido a la menopausia como el cese permanente de la menstruación, es decir, la fecha de la última regla, que debe ser confirmada tras un periodo de amenorrea (ausencia de menstruación) de un año.

Esta retirada permanente de la menstruación refleja el cese definitivo de la función ovárica y puede deberse a:

1. Un agotamiento fisiológico de los folículos de los ovarios, lo que produce una "**menopausia natural**".
2. La extirpación quirúrgica de los ovarios (ooforectomía o ovariectomía), acompañada o no de la retirada del útero (histerectomía), lo que se denomina "**menopausia quirúrgica**".
3. La eliminación completa de la función ovárica a través del empleo de la quimioterapia o radioterapia sobre la zona pélvica, induciendo a una "**menopausia química**" o "iatrogénica".

Cuando los ovarios dejan de funcionar, se produce una importante **disminución de las hormonas sexuales**, ya que éstas son producidas principalmente por los ovarios, y el **fin de la capacidad reproductiva de la mujer**.

Sin embargo, tanto en el medio médico como entre las mujeres, el uso ha establecido el término "menopausia" para nombrar al "período" de la vida, en el que la mujer deja de tener la regla de manera definitiva. En realidad a este periodo se le debería llamar "**climaterio**".

¿A QUÉ SE LE LLAMA CLIMATERIO?

Existe un periodo variable de tiempo alrededor de este momento, durante el cual el organismo de la mujer se adapta a esta nueva situación, que se conoce como climaterio.

El climaterio es un periodo que puede durar desde 10 años antes a 10 después de la desaparición de la regla. Durante la premenopausia, la ovulación se mantiene, y la posibilidad de gestación existe. El tipo de anticoncepción y el miedo al embarazo son factores que pueden afectar a la sexualidad durante estos años.

La edad de aparición de la menopausia es variable. Es por término medio alrededor de los 50 años, aunque se calcula que antes de los 45 años ya han dejado de tener la regla el 30% de las mujeres, bien de forma espontánea o quirúrgica y que después de los 55 años sólo un 2% la conservan.

La edad de la menopausia puede estar influida por algunos factores. El **genético** es de innegable importancia, ya que se ha observado que las mujeres suelen tener la menopausia aproximadamente a la misma edad que sus madres.

Además, las **fumadoras**, incluso las exfumadoras, con frecuencia tienen la menopausia a una edad más temprana que las no fumadoras, mientras que la menopausia suele retrasarse en las mujeres **usuarias de la píldora**.

MENOPAUSIA PRECOZ Y TARDÍA

Cuando la menopausia ocurre antes de los 40 años se la denomina "**menopausia precoz**". Por el contrario, cuando la mujer presenta ciclos menstruales hasta después de los 55 años, se considera que hay un retraso de la menopausia, sería una "**menopausia tardía**".

En la menopausia precoz, tanto la natural como la quirúrgica, la sintomatología suele ser bastante importante y las consecuencias, principalmente a largo plazo, pueden llegar a ser más intensas si no se toman medidas a tiempo.

En cuanto a la mujer que todavía regula después de sus 55 años, es necesaria una **vigilancia rigurosa** del útero y de las mamas, por parte de un ginecólogo, ya que hay un riesgo aumentado de que estos órganos puedan presentar determinadas enfermedades, debido, a un estímulo prolongado de los estrógenos.

Sin embargo, y como contrapartida, estas mujeres se benefician de los **efectos positivos** de sus propios estrógenos por más tiempo y así hacen una prevención natural de ciertas enfermedades que tienen un mayor riesgo asociado a los estados carenciales de estrógenos.

CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

Alrededor de este proceso, hay una serie de términos que siempre lo acompañan: premenopausia, perimenopausia y postmenopausia. Se aclararán estos conceptos:

1.- PREMENOPAUSIA

Es el periodo que antecede a la menopausia, y que finaliza con ésta, en el cual la mujer ya puede presentar algún síntoma climatérico y/o alteraciones del ciclo menstrual. **Puede iniciarse hasta 5 u 8 años antes que la mujer presente su última menstruación.** Actualmente hay una tendencia en abandonar este término, y usar preferentemente "**perimenopausia**".

2.- PERIMENOPAUSIA

Es un periodo de límites muy poco definidos. Se extiende **desde el inicio de las irregularidades menstruales** y/o de la sintomatología climatérica (fundamentalmente sofocos y sudores), incluye la menopausia, **hasta un año después de la última regla.**

Pese a las diferencias individuales, generalmente se acepta que la perimenopausia **puede iniciarse ya alrededor de los 40 años**, cuando, como consecuencia de importantes fluctuaciones hormonales, pueden surgir determinadas alteraciones y algunos síntomas físicos y/o psicológicos.

3.- POSTMENOPAUSIA

Se considera que se ha establecido la postmenopausia **una vez transcurrido un año tras la última menstruación**, por lo tanto, se inicia cuando se tiene la confirmación retrospectiva de menopausia.

Los cambios que presenta la mujer en la menopausia deriva de dos situaciones fundamentales:

1. Cese de actividad ovárica, con la disminución hormonal que tendría como consecuencia cambios a corto plazo (sofocos, sudoraciones), cambios a medio plazo (alteraciones vaginales, aspectos sexuales), y a largo plazo, vinculados con cambios metabólicos en otros órganos afectados por la carencia hormonal (huesos, pared vascular, etc.).
2. Factores psico- sociales, en los cuales el medio ambiente en el que se desenvuelve la mujer, y la estructura de su carácter, van a ser determinantes a la hora de abordar esta etapa. Factores como: nivel ocupacional, independencia de los hijos, temor a la pérdida de juventud, dudas acerca de su sexualidad, etc.

Al hablar de las mujeres en la época de la menopausia, lo primero que hay que tener en cuenta es que sucede en una etapa de la vida en la que, como en todas las demás, hay componentes psicológicos, sociales y biológicos que suelen coincidir con el momento de iniciación de la menopausia (adolescencia de los hijos, cuidado de los padres que van envejeciendo, autonomía de los hijos y emancipación, relaciones sexuales, cambios físicos que se presentan, etc.).

Algunas mujeres, normalmente aquellas en las que su sistema hormonal ha ido cambiando gradualmente hasta que la menstruación llega a desaparecer del todo, tienen muy pocos problemas a la hora de la menopausia. Otras experimentan desarreglos menstruales y un desequilibrio muy brusco que les ocasionan una serie de molestias. Casi el 80% de las mujeres experimentan algún cambio, el que lo vivan con más o menos intensidad, con más o menos molestia va a depender de la historia de cada mujer. Por tanto aunque hablemos de características generales y problemas comunes, vamos a encontrarnos con personas muy distintas unas de otras, que han vivido diferentes experiencias, procedentes de familias y medios sociales distintos.

No hay que olvidar que las características de esta etapa de la vida son comunes en hombres y mujeres. El climaterio masculino o “andropausia”, al contrario de lo que ocurre en la mujer, aparece como un proceso sostenido que se produce de forma gradual, de hecho, estos cambios en el hombre alcanzan niveles de hasta el 50% de reducción de testosterona entre los 25 y 75 años de edad.

Aunque no se puede hablar de la existencia de un climaterio masculino propiamente dicho, ya que el hombre mantiene su capacidad reproductora incluso después de los 70 años, si

hay un descenso progresivo del nivel de andrógenos en la sangre que repercute, fundamentalmente, en la capacidad y actividad sexual.

La diferencia entre los fenómenos de andropausia y la menopausia es que en el hombre ocurre de manera gradual, lineal y en algunos hombres, en la mujer la caída hormonal es súbita y universal.

Este fenómeno de la menopausia, normal en la vida de la mujer, se presenta acompañado de diversas modificaciones orgánicas y psicológicas, lo que hemos dividido en cambios a corto, medio y largo plazo. En esta sesión se abordarán los cambios a corto plazo.

Cambios a corto plazo:

1. Sofocos:

Algunos de los cambios que suceden al inicio del tiempo climatérico, son, por ejemplo, los trastornos de tipo vasomotor que tiene que ver con la reducción de progesterona en el cuerpo.

Es la sensación súbita de calor que empieza en el pecho y se extiende al cuello y la cara, acompañada de enrojecimiento cutáneo, sudoración y a veces aceleración de los latidos del corazón. Los sofocos son uno de los primeros signos de la menopausia y pueden producirse dos o tres años antes de que las reglas lleguen a desaparecer del todo.

Es importante recordar que los sofocos son variables, es decir cada mujer los percibe y describe de manera algo diferente. Incluso algunas mujeres no los experimentan jamás; al igual que la hipertensión que se puede presentar en algunas mujeres y es el aumento de la tensión arterial.

Una forma de tratar los sofocos de manera no farmacológica, sería los métodos basados en la autosugestión, como el entrenamiento mediante relajación progresiva. Con este se consigue reducir en un 60% la frecuencia de los sofocos.

Técnicas para reducir los sofocos: Autosugestión

1. Entrenamiento Biorretroactivo:

- Calentamiento/Enfriamiento de manos con sugestión

2. Entrenamiento en relajación progresiva:

- Tensión/Distensión

3. Entrenamiento en Respiración:

- Respirar bien, aumentar la capacidad pulmonar

2. Aspectos Psicológicos:

Otros de los factores que influyen o se presentan a corto plazo son las posibles alteraciones psicológicas en la menopausia fundamentalmente basadas en la vivencia positiva o negativa de esta etapa

Al hablar de las características psicológicas de la mujer en la menopausia, lo primero que hay que decir es que éstas no se derivan del hecho biológico que es el cese de la regla, sino que se trata de una etapa de la vida en que la menopausia es un componente más.

Muchas mujeres achacan los sentimientos de *tristeza* o *ansiedad* que a veces aparecen en esta etapa a la menopausia. Sin embargo pueden existir otros aspectos, y de hecho existen, que alteran el estado de ánimo, y que depende de cada una el ser capaz de superar la tristeza como consecuencia de las molestias.

También existen teorías que afirman que existe relación entre la disminución de estrógenos y la irritabilidad, abstinencia y nerviosismo. Pero la realidad es que no se ha encontrado ninguna relación con validez empírica.

Durante la etapa de la menopausia, además de los cambios físicos que se experimentan, también ocurren cambios en el entorno. Entre ellos está que los hijos se casan o abandonan el hogar, lo que puede hacer sentir que ha finalizado la función de madres y por tanto no son tan necesarias. Esto es a lo que llaman el "*síndrome del nido vacío*". Si además de que se van los hijos el marido trabaja, la mujer está durante mucho tiempo sola en casa con lo cual los sentimientos de tristeza pueden aumentar. Si el marido no trabaja se encuentra que ahora está más tiempo en casa con lo que la convivencia puede dificultarse.

Asimismo, con la edad pueden aparecer algunas enfermedades, no relacionadas con la menopausia, que afectan al estado de salud y que pueden influir también en el estado de ánimo. Si a esto le unimos la pérdida de algún ser querido y las ideas negativas sobre la menopausia que genera la sociedad (pérdida de feminidad, de la capacidad de ser madre, que ya no se pueden tener relaciones sexuales, etc.), esta serie de acontecimientos que asaltan y que en muchas ocasiones desbordan pueden provocar sentimientos molestos.

El cómo le afectan a una mujer estos cambios que están en esta etapa depende de si sabe cómo afrontarlos o no. Algunos de las circunstancias que favorecen la *depresión* son los llamados factores de riesgo y entre ellos están los siguientes:

- *Baja autoestima*
- *Creencias erróneas sobre sí misma y el mundo*
- *Estilo de vida con pocos aspectos positivos y satisfacciones*
- *Escasez de habilidades sociales y de apoyo social*
- *No saber solucionar problemas*
- *Estrategias de afrontamiento inadecuadas*
- *Sentimiento de tener falta de atractivo sexual*

Pero la relación entre estos factores y la depresión no es inevitable; si se aprende como afrontar los cambios, solucionar problemas y, además, combatir aquellos cambios físicos que incomodan se puede conseguir que el malestar sea mínimo o que, incluso, desaparezca.

Para empezar es importante adoptar una visión positiva. Si se van los hijos de casa se debe pensar que ahora se dispone de más tiempo, para realizar todo aquello que se quiere hacer pero que nunca se hizo por falta de tiempo (aprender manualidades, estudiar alguna cosa, etc.). También es importante conocer a fondo todos aquellos cambios que están sucediendo porque el miedo aparece sólo ante lo desconocido.

Igualmente es conveniente el no aislamiento y la búsqueda de compañía en otras personas con las que se pueda hablar. Es el momento ideal para adoptar hábitos de vida saludables tanto en la alimentación como en el ejercicio, pues ahora se dispone de más tiempo. En cuanto a los aspectos sexuales, ahora es el momento de vivir una sexualidad plena y centrada en los deseos y emociones de cada una.

3. *Sueño:*

Los trastornos de sueño como el *insomnio* se derivan de causas tanto fisiológicas como psicológicas. Esto ocurre porque los estrógenos influyen en la regulación vigilia - sueño.

Muchas mujeres se quejan en esta etapa de que tienen *insomnio* y lo atribuyen a la menopausia, pero esta asociación no es del todo cierta. El patrón de sueño cambia realmente con la edad. Los niños pequeños duermen durante más tiempo y sueñan más. A medida que aumenta

la edad la necesidad de sueño se reduce y los periodos en los que soñamos también. Esto se refleja en que cuesta más conciliar el sueño y nos despertamos más veces durante la noche. Esto ocurre tanto en hombres como en mujeres; la única diferencia es que en los hombres empiezan a notarse después de los 65 años, mientras que en las mujeres los cambios más significativos comienzan durante la mediana edad. Esta coincidencia en el tiempo con la menopausia es lo que hace que se atribuya a ella el insomnio.

A pesar de todo esto sí es cierto que los estrógenos regulan en cierta forma el ciclo sueño - vigilia mediante su acción en el cerebro. Así cuando el nivel de estas hormonas se reajusta se producen ciclos de sueño más irregulares.

Una manifestación que está directamente relacionada con la menopausia y que afectan al sueño son los *sofocos*; pero esto es en cierto modo lógico, ya que en verano cuando hace mucho calor también cuesta dormir y provoca despertares frecuentemente durante la noche. Pero el insomnio también puede venir asociado a otras manifestaciones de tipo psicológico como las *preocupaciones* e incluso a los *cambios de humor*.

Técnicas para reducir el insomnio:

El insomnio puede estar asociado a diversos factores, por tanto, existen diferentes técnicas que se pueden utilizar en función de cuál sea el problema principal, pudiendo practicarse varias a la vez.

1. Intención Paradójica:

- Intentar mantenerse despierto tanto tiempo como sea posible

2. Imaginación de escenas agradables

3. Reglas de higiene del sueño:

- No fumar varias horas antes de irse a la cama
- Hacer ejercicio regularmente, pero no antes de ir a dormir
- Evitar el exceso de líquidos, el consumo de chocolate o de grandes cantidades de azúcar antes de acostarse
- Arreglar el dormitorio de manera que favorezca el sueño

4. Control de estímulos:

- Acostarse solo cuando se tiene sueño
- No utilizar la cama salvo para dormir

- Levantarse y salir de la habitación si se es incapaz de dormir
- No dormir la siesta
- Levantarse a la misma hora cada mañana

5. Relajación progresiva

4. *Hormigueos en las extremidades (parestias):*

Las parestias suelen ser una molestia bastante frecuente en el climaterio. Las mujeres las perciben como una **sensación de adormecimiento y hormigueo** sobre todo en las extremidades, como brazos, manos, piernas y pies.

5. *Cefaleas o Jaquecas:*

Los cambios en la concentración sanguínea de estrógenos y progesterona, incluso los que ocurren ya en la premenopausia, pueden alterar la frecuencia y la intensidad de las **jaquecas**.

Aquellas mujeres que presentaban dolores de cabeza sólo en el periodo menstrual suelen presentar un empeoramiento de este síntoma tras la menopausia, mientras que las que solían tenerlos sin relación con la regla pueden experimentar una mejoría o no experimentar cambios con la menopausia.

6. *Cambios de peso:*

Las mujeres en el climaterio **suelen aumentar de peso** y ganar cerca de un 10% de su peso anterior a la premenopausia, sin que esto se deba a ninguna alteración en el patrón alimentario o en la actividad física. Por otro lado, **la grasa corporal adquiere una nueva distribución** tras la menopausia. La grasa que antes solía depositarse en los muslos, cadera y senos, en una distribución más periférica típicamente femenina, ahora tras instalarse la deficiencia estrogénica, se deposita preferentemente en la cintura y en la tripa, es decir, adquiere una distribución central y típica del varón.

Hay que tener en cuenta que estos hechos no son únicamente estéticos, sino que, el aumento de peso y la distribución central de la grasa están considerados como **factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares**.

Actividad 4

Tarea para la casa se les pide que realicen un autorregistro de pensamientos y que lean la documentación entregada durante la sesión.

Fin de la sesión.

SESIÓN 3: ¿QUÉ NOS ESTÁ PASANDO? II**RESUMEN DE LA SESIÓN**

SESION	CONTENIDO	DURACIÓN
3	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN Identificar aquellas alteraciones vaginales que se producen por los cambios a medio plazo de la menopausia. Abordar factores y circunstancias que favorecen la aparición de la osteoporosis y la cardiopatía isquémica.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa. 2. Explicación de los cambios a medio plazo (alteraciones vaginales y sexuales) 3. Explicación de los cambios a largo plazo: a. Trastornos cardiovasculares (cardiopatía isquémica) b. Osteoporosis 4. Entrega de un test para conocer el riesgo de padecer osteoporosis y de un documento sobre el autoconocimiento de los senos como prevención del cáncer de mama (con el fin de dar respuesta a dudas que aparecieron en sesiones anteriores sobre este tema). 5. Tarea para casa: Traer dudas acerca de las anteriores sesiones y algunas recetas de cocina económicas y saludables.</p>	90 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Identificar aquellas alteraciones vaginales que se producen por los cambios a mediano plazo, que trae la menopausia.
- ✓ Abordar factores y circunstancias que favorecen la aparición de la osteoporosis y la cardiopatía isquémica.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

En la tercera sesión se continuará exponiendo los cambios que se presentan en la menopausia, pasando a los de medio y largo plazo.

Se iniciará la sesión con la explicación de las alteraciones vaginales (sequedad vaginal, reducción del tamaño vaginal y suelo pélvico) y cambios en la sexualidad (disminución del deseo sexual), explicando las causas y mencionando las diferentes formas de tratarlos.

Se comentará la importancia de mejorar el nivel de salud y la calidad de vida, cuyo objetivo es disminuir o ralentizar la probabilidad de enfermedades y afecciones, como la osteoporosis y la cardiopatía isquémica, que se ven afectados con los cambios que se pueden producir a nivel

hormonal durante esta etapa. Se comentarán las alteraciones de ambas enfermedades y se explicarán las causas y los métodos de prevención.

ACTIVIDADES

1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa.
2. Explicación de los cambios a medio plazo (alteraciones vaginales y sexuales)
3. Explicación de los cambios a largo plazo:
 - a. Trastornos cardiovasculares (cardiopatía isquémica)
 - b. Osteoporosis
4. Se les pasará un test para conocer el riesgo que cada mujer pueda tener de padecer osteoporosis. También se hará entrega de un documento sobre el autoconocimiento de los senos como prevención del cáncer de mama (con el fin de dar respuesta a dudas que han aparecido en sesiones anteriores sobre este tema).
5. Tarea para la casa: Traer dudas acerca de las anteriores sesiones y algunas recetas de cocina económicas y saludables.

MATERIALES

- 📄 Transparencia de los cambios en el aparato reproductor
- 📄 Transparencia de factores psicofisiológicos del deseo sexual
- 📄 Transparencia ¡Viva la madurez!
- 📄 Transparencia de factores psicofisiológicos de la hipertensión
- 📄 Transparencia de factores de riesgo de la hipertensión
- 📄 Transparencia de las repercusiones de la hipertensión
- 📄 Transparencia introducción a la osteoporosis A y B
- 📄 Transparencia de factores de riesgo de la osteoporosis
- 📄 Transparencia de prevención de la osteoporosis A y B
- 📄 Transparencia de los Mitos de la osteoporosis
- 📄 Test de la osteoporosis
- 📄 Documento de exploración de mamas (“conozca sus senos”)
- 📄 Resumen de la sesión 2

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa (autorregistro de pensamientos)

Actividad 2

En esta actividad se da la explicación teórica de las alteraciones vaginales y sexuales, ampliando información que ya puedan tener las participantes y aclarando dudas al respecto:

1. CAMBIOS VAGINALES

Cuando la producción de estrógenos disminuye afecta de diferentes formas al aparato reproductor femenino. Las paredes de la vagina se hacen más frágiles y delicadas y reducen su humedad natural. Esto desemboca en la sequedad vaginal y puede dar problemas a la hora de disfrutar en las relaciones sexuales. También en algunas mujeres cuando baja el nivel de estrógeno baja el deseo sexual, aunque este factor no es la única razón de la disminución de las ganas de tener relaciones sexuales. Además también esta disminución provoca que los músculos del suelo pélvico sean más débiles, lo que puede dar problemas de incontinencia.

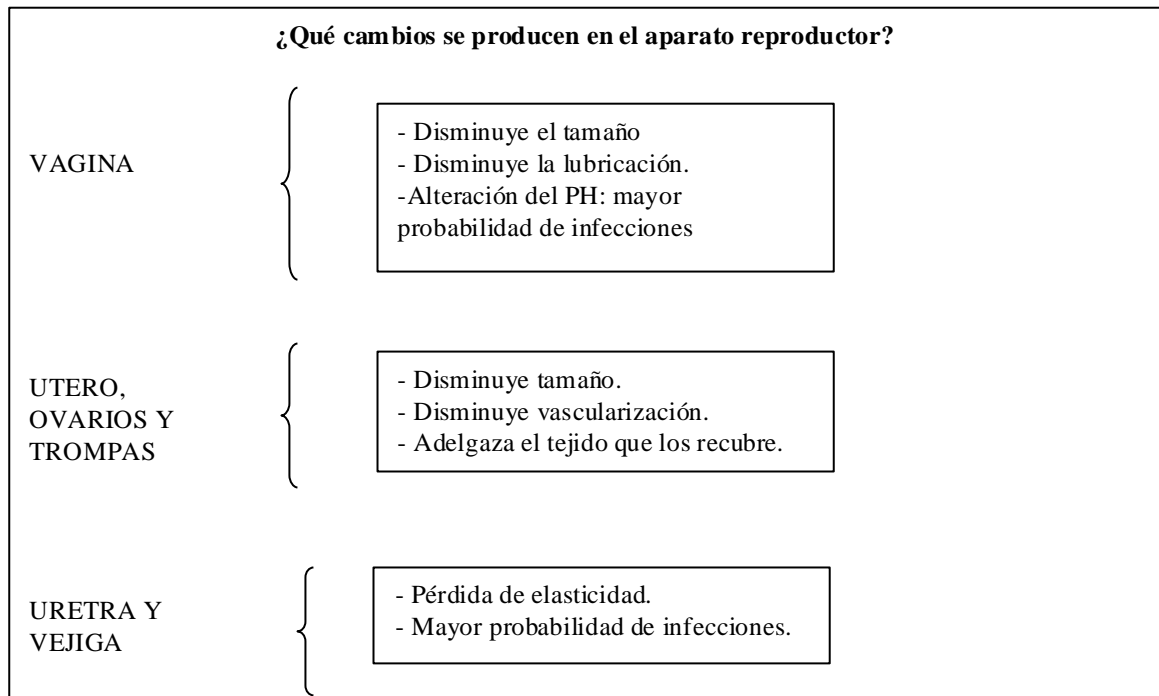
Se explicará cómo son estos cambios, cómo pueden afectar y qué se puede hacer para ayudar en estas situaciones.

Los cambios en el aparato reproductor son:

1. En la **vulva** se produce una reducción del tamaño de los labios (menores y mayores), debido a la pérdida de grasa y elasticidad. Los labios se aplanan y arrugan, sobre todo los labios menores. El vello púbico se hace más escaso.
2. La **vagina** también se ve afectada por la disminución de los estrógenos. Se acorta la longitud del introito y se estrecha por la pérdida de elasticidad. Se produce una alteración del pH vaginal, lo que aumenta la incidencia de infecciones y una disminución de la lubricación natural.
3. En el **útero** se produce con la menopausia un adelgazamiento del endometrio. Se vuelve pequeño, duro y menos vascularizado. Los ovarios y las trompas se reducen. Esta situación cabe considerarla de un modo positivo, pues ciertas anomalías que se nutren de

estrógenos para su desarrollo, como los miomas uterinos, sufren a partir de este momento una fase de estancamiento y regresión.

4. El **epitelio** que recubre la uretra es estrógeno – dependiente y con la menopausia este tejido se adelgaza y pierde elasticidad, lo que también influye en el riesgo de infecciones.



Cambios que se producen en el aparato reproductor femenino como consecuencia de la menopausia

La disminución de la lubricación vaginal provoca una sequedad que puede producir una sensación de escozor y tirantez que puede a su vez ocasionar que las relaciones sexuales con penetración sean molestas o dolorosas, lo cual puede disminuir el deseo sexual.

La sequedad no aparece en todas las mujeres y no siempre es irreversible ni progresiva. La terapia hormonal sustitutiva acaba con las molestias y otros síntomas derivados del cambio hormonal pero tienen el problema de que no son aconsejables para todas las mujeres como veremos en sesiones posteriores. Existen también otras muchas formas de lubricar la vagina, como por ejemplo las cremas vaginales con estrógeno y las cremas lubricantes para antes del coito.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la sequedad vaginal no sólo causa molestias cuando una persona tiene relaciones sexuales, ya que la vagina siempre debe estar húmeda para mantener la integridad del epitelio que la recubre y las condiciones normales de acidez que

forman parte de las defensas naturales de la vagina. Esto es necesario para evitar la presencia de infecciones por gérmenes que normalmente no se desarrollan allí.

Por otro lado, no hay que perder de vista que estos cambios propios de la menopausia y de la edad también se dan (aunque de distinta forma) en el hombre.

MUJER	HOMBRE
Disminución de estrógenos.	Disminución de testosterona.
La vagina disminuye su tamaño, se estrecha y pierde elasticidad.	Disminución de la producción de esperma.
Menor lubricación en la vagina.	Erección más lenta, necesita mayor estimulación, y el pene disminuye en turgencia.
Menor vasocongestión del clítoris, labios y plataforma vaginal en general, durante la respuesta sexual.	Los testículos se elevan menos y más lentamente en la respuesta sexual.
Fase de excitación sexual más lenta.	El periodo refractario se alarga (puede durar incluso una semana o más)
Los senos disminuyen el tamaño y turgencia.	El orgasmo puede ser más corto y menos intenso.
El orgasmo puede ser más corto y menos intenso	

Cambios fisiológicos de la sexualidad en ambos sexos

Durante la fase de la menopausia muchas mujeres también empiezan a tener problemas de incontinencia cuando tosen, levantan algo pesado o ríen produciéndose pérdidas de orina. Este problema se puede tratar también con la terapia hormonal sustitutiva porque fortalece los músculos del suelo pélvico. Sin embargo también hay otro método que no tiene efectos secundarios. Es el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico que veremos en sesiones posteriores. Este entrenamiento puede reducir la incontinencia en un 75 % incluso en mujeres que han tenido el problema durante muchos años. Con 8 semanas de entrenamiento el 90% de los casos mejoran visiblemente y el 15% acaban totalmente con el problema.

2. **CAMBIOS SEXUALES**

Hay evidencia de que la disminución de estrógenos puede disminuir el deseo sexual como se comentó antes, pero algunas investigaciones han encontrado que la toma de hormonas después de la menopausia no sólo aumenta la humedad natural de la vagina, sino que también puede aumentar el deseo y el placer sexual.

La sexualidad de la mujer es compleja y no sólo depende de los niveles de hormonas, por lo que también se deben tener en cuenta los factores psicológicos. Se debe desterrar ciertos mitos como la pérdida de la feminidad tras la menopausia, no sentirse contenta con el aspecto del cuerpo por la redistribución de grasas y sentimientos de pérdida o depresión.

Hay diversas ventajas asociadas a la llegada de la madurez y a su vez de la menopausia como es la posibilidad de disfrutar de las relaciones sexuales sin riesgo de embarazo. También el crecimiento de los hijos lleva asociado un aumento del tiempo libre que se puede dedicar al cuidado de la propia persona, buscar el disfrute con el compañero en el caso de las mujeres que estén casadas y buscar otra pareja en el caso de las solteras, divorciadas o viudas (si es lo que ellas quieren, claro está).

Múltiples estudios sobre el comportamiento sexual de hombres y mujeres entre los 50 y los 100 años han demostrado que las personas sanas a los 70 años en el 70% de los casos están sexualmente activas y tienen relaciones sexuales de forma regular una o más veces por semana. Enriquecimiento con las experiencias vividas y con los conocimientos acumulados...

!!!VIVA LA MADUREZ!!!

VENTAJAS:

- Relaciones sexuales sin riesgo de embarazo.
- Crecimiento de los hijos ? mayor dedicación a ti misma.
- Segunda luna de miel/ Búsqueda de una nueva pareja
- Mayor conocimiento sexual de la pareja,
- Perspectiva de la vida desde las experiencias y conocimientos acumulados.

Ventajas de la madurez

Actividad 3

Explicación de los cambios a largo plazo:

Trastornos vasculares

1.-¿POR QUÉ AUMENTA EL RIESGO CARDIOVASCULAR?

Las **causas por las que aumenta el riesgo cardiovascular** en la mujer tras la menopausia son múltiples y están relacionadas con la pérdida de la función cardioprotectora de los estrógenos:

•Colesterol, primer enemigo

El **colesterol** es una sustancia necesaria para el buen funcionamiento de nuestro organismo. Sin embargo, debe mantenerse dentro de unos límites de normalidad, ya que cuando está elevado supone un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular. El colesterol total comprende principalmente el LDL-colesterol (sigla en inglés de la lipoproteína de baja densidad) y el HDL-colesterol (lipoproteína de alta densidad).

El LDL-colesterol está considerado como el colesterol "malo" porque es él que se deposita en el interior de las arterias formando unos cúmulos localizados (placas de ateroma) que progresivamente van estrechando el calibre o la luz del vaso.

No obstante, el HDL-colesterol está considerado como el colesterol "bueno", el "basurero" porque se encarga de "limpiar" las paredes de las arterias transportando la grasa al hígado.

Después de la menopausia se produce un **aumento de los triglicéridos**, del colesterol total, del LDL-colesterol y un indeseable descenso del HDL-colesterol, por lo tanto, la menopausia conlleva a tener peor el colesterol, y esto es perjudicial para las arterias.

•Mayor riesgo de diabetes

La menopausia también se asocia a un aumento de la resistencia a la insulina, lo que quiere decir que hay una **mayor probabilidad de que los niveles de glucosa en la sangre suban**, lo que también es malo para los vasos sanguíneos. Está comprobado que la **diabetes** conlleva un mayor riesgo de enfermedad de las coronarias - coronariopatías (coronarias son las arterias del corazón).

- **El peso y la grasa**

Además, este riesgo también se incrementa por el aumento del peso y el cambio de la distribución de grasa de periférica a central que suele aparecer tras el cese de la función ovárica en la menopausia, acompañados o no de hipertensión arterial.

- **Hipertensión arterial**

En cuanto a la hipertensión arterial hay que decir que depende de tres factores:

1. Un funcionamiento correcto del corazón
2. La elasticidad de los vasos
3. Una cantidad adecuada de sangre en la circulación

No hay que olvidar que no sólo los estrógenos influyen en este trastorno, sino que hay otros factores que asociados contribuyen al aumento de la tensión arterial por encima de los límites. Estos factores son:

1. Ser mujer
2. Menopausia precoz
3. Edad (peor pronóstico cuanto más temprana sea la edad de aparición)
4. Herencia
5. Niveles altos de glucosa y grasa en sangre
6. Obesidad
7. Factores psicológicos → hay ciertas situaciones vitales que si son valoradas por uno mismo como amenazantes o estresantes influyen sobre los diferentes sistemas vitales, siendo uno de ellos el sistema vascular.

Hay que tener en cuenta que el mayor problema que presenta la hipertensión es que no tiene síntomas y no se conoce su existencia hasta que los órganos están muy dañados. Por esta razón es importante hacer ver a las mujeres en la etapa del climaterio la importancia de las revisiones médicas periódicas.

Como repercusiones principales de la hipertensión se encuentran las siguientes:

- ✓ Daños en las arterias
- ✓ Trastornos del corazón (cardiopatía isquémica)

- ✓ Hemorragias cerebrales
- ✓ Pérdida de visión → se produce por roturas de los vasos retinianos
- ✓ Disminución de la calidad de vida

•Cardiopatías

Es un término médico utilizado para designar genéricamente las patologías derivadas de una alteración del riego sanguíneo, sea cardíaco o cerebral. Las de mayor incidencia son: en el área cardíaca, la angina de pecho y el infarto agudo del miocardio, las llamadas cardiopatías isquémicas; y en el cerebro el accidente cerebrovascular, también llamado infarto cerebral o ictus.

La arteria es la estructura anatómica responsable del aporte de sangre, y a través de ésta se reparte oxígeno como fuente de energía a estos órganos vitales. Por consiguiente, de la salud de las arterias depende el buen funcionamiento del sistema de irrigación del corazón y del cerebro.

La causa más frecuente por la que "enferma" una arteria es que se deposite en sus paredes determinadas sustancias (arterioesclerosis), como el colesterol o el calcio, y que esto disminuya progresivamente el calibre o la luz de la arteria.

Esta disminución de la luz del vaso reduce por consiguiente la cantidad de sangre, y por lo tanto de oxígeno, que llega a una determinada zona del músculo cardíaco o del cerebro. Cuando la cantidad de sangre no es suficiente para nutrir y aportar la energía necesaria a las células del miocardio, o del cerebro, éstas se mueren. Como consecuencia, toda una zona de estos órganos deja de funcionar, generando un colapso total o parcial, dependiendo de la extensión de la lesión ocasionada.

2.-INCIDENCIA CADA VEZ MAYOR

Antes de la menopausia, a edades iguales, la enfermedad cardiovascular en la mujer es bastante menos frecuente que en el hombre. A partir de ella, **la incidencia de esta enfermedad aumenta progresivamente en la mujer** y en un plazo de alrededor de 10 años llega a equipararse a del hombre.

La privación de estrógenos que ocurre tras la menopausia es causa de un importante aumento de riesgo cardiovascular en la mujer, riesgo todavía mayor en los casos de menopausia precoz, tanto natural cuanto quirúrgica. Hoy por hoy, está bastante claro el papel de "cardioprotección" de los estrógenos en la mujer antes de la menopausia.

3.- OTROS FACTORES DE RIESGO.

Existen otros factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular no asociados al déficit estrogénico y que son modificables:

- **Tabaquismo:** un hábito tóxico que puede acortar entre 10 a 15 años la vida de quien lo practica.
- **Estrés:** incrementa la frecuencia cardíaca y las necesidades de oxígeno de las células cardíacas.
- **Bebidas alcohólicas:** en exceso pueden aumentar la tensión arterial y alterar el ritmo cardíaco. Sin embargo, existen estudios que demuestran que la bebida fermentada en pequeñas cantidades (350 ml de cerveza o un vaso de vino) diarias puede reducir la incidencia de enfermedad coronaria.
- **Otros:** menopausia precoz, edad, herencia familiar, etc.

FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS VASCULARES

- Ser mujer.
- Menopausia precoz.
- Edad
- Herencia
- Niveles altos de glucosa y grasa en sangre
- Obesidad
- Factores psicológicos

Factores de riesgo de los trastornos vasculares

4.- ¿QUÉ PODEMOS HACER ANTE ESTA SITUACIÓN?

Además del fundamental control periódico, una dieta equilibrada baja en sodio y en grasa animales, ejercicio físico moderado y el evitar los hábitos tóxicos pueden ser los mejores aliados (se hablará de todo ello en sesiones posteriores).

Así se podrá evitar daños en las arterias, trastornos de corazón, hemorragias cerebrales, pérdida de visión (por rotura en los vasos retinianos) y una disminución de la calidad de vida.

REPERCUSIONES PRINCIPALES DE LOS TRASTORNOS VASCULARES.

- Daños en las arterias.
- Trastornos del corazón.
- Hemorragias cerebrales.
- Pérdida de visión.
- Disminución de la calidad de vida.

Repercusiones principales de los trastornos vasculares

La osteoporosis

1. MENOPAUSIA Y OSTEOPOROSIS

Con la menopausia, la mujer experimenta un aumento en la pérdida de hueso porque los ovarios producen menos estrógenos, y cuyo papel es fundamental en el mantenimiento de la densidad de los huesos.

Los estrógenos ejercen un papel muy importante sobre el metabolismo de los huesos. Mantiene la consistencia del esqueleto impidiendo la salida del calcio del hueso durante la edad reproductiva de la mujer. Los estrógenos contrarrestan la acción de otras hormonas, como la hormona paratiroidea entre otras, que promueven la “resorción ósea”, es decir, el proceso por el cual el hueso se hace más frágil o poroso.

El hueso constantemente pasa por un proceso que se denomina remodelación ósea (formación y destrucción). La masa ósea es la cantidad de hueso presente en una persona y en su

composición destacan proteínas y minerales. A partir de los 35 años comienza una pérdida progresiva de la masa ósea que se ve acentuada en la menopausia por la falta de estrógenos. Antes de esta edad hay mayor ganancia que pérdida.

Cuando la pérdida de hueso es moderada o excesiva, los huesos se hacen cada vez más frágiles y susceptibles de romperse. Esta enfermedad que se conoce como Osteoporosis. Cuando la pérdida es leve tiene lugar una Osteopenia. Si no es prevenida o se deja sin tratar la Osteoporosis puede progresar de una manera silenciosa e indolora hasta que algún hueso se rompe, lo que ocurre con mayor frecuencia en la cadera, columna vertebral y muñeca. En términos generales, una vez que el hueso se ha perdido no puede ser reemplazado.

El riesgo de fracturas es 2 a 4 veces mayor en mujeres que en hombres. Se estima que el 40% de las mujeres habrán tenido una fractura cuando cumplan 70 años. A esta edad hay mayor predominio de fracturas de cadera, siendo la consecuencia más seria de la osteoporosis, ya que puede significar la invalidez. Anteriormente a esta edad son más frecuentes las microfracturas de las vértebras.

Como factores de riesgo en la osteoporosis destacamos: edad, sexo femenino, constitución delgada, con huesos pequeños, menopausia precoz, herencia, vida sedentaria, fumador, alcohol, baja ingesta de calcio, algunos medicamentos (corticoides, etc.).

FACTORES DE RIESGO

Edad
Sexo femenino
Raza blanca y oriental
Apariencia longilínea y talla baja
Madre osteoporótica
Menopausia precoz
Baja ingesta de calcio
Vida sedentaria, poco ejercicio y poca masa muscular
Fumadora
Abuso de alcohol
Algunos medicamentos
Enfermedades asociadas (hipertiroidismo, etc.)

Factores de riesgo de padecer osteoporosis

2. ¿CÓMO PREVENIRLA?

Debido a las características etiológicas de la osteoporosis, la mejor forma de afrontarla es una buena prevención:

- **Aumentando la ingesta de calcio:** para premenopáusicas una cantidad adecuada es 1000 mg/día. Los alimentos que nos aportan mayor cantidad de calcio son los lácteos, los frutos secos, las legumbres, los cereales y las verduras de hoja verde.
- **Algunos mariscos y el pescado (sardinas).** Por el contrario las dietas ricas en grasas animales, sal, exceso de fibras o bebidas carbonatadas producen una mayor pérdida de masa ósea.
- **Ingerir vitamina D,** que permite la absorción del calcio del intestino a la sangre.
- **Tomar el sol 10 minutos al día,** ya que facilita que la vitamina D se active.
- **Realizar algún tipo de actividad física,** lo que ayuda a fortalecer nuestros huesos y a evitar la pérdida de calcio.
- **Supresión de hábitos tóxicos:** tabaco, alcohol, cafeína...

3. MITOS SOBRE LA OSTEOPOROSIS

Una vez terminada la fase educativa relativa al tema de la osteoporosis se les pide a las participantes que, haciendo uso de los conocimientos adquiridos, rebatan los mitos más comunes existentes sobre esta enfermedad.

MITOS DE LA OSTEOPOROSIS

- La osteoporosis no es algo tan serio como para preocuparse.
- Soy una persona saludable, hago las cosas correctas, no estoy en riesgo.
- Soy muy joven para preocuparme de la osteoporosis.
- Es demasiado tarde para que haga algo al respecto de la osteoporosis

Mitos de la osteoporosis

Actividad 4

En esta actividad se les pasa un test para conocer el riesgo que cada mujer pueda tener de padecer osteoporosis. También se les entrega de un documento sobre el autoconocimiento de los senos como prevención del cáncer de mama (con el fin de dar respuesta a dudas que han aparecido en sesiones anteriores sobre este tema).

CÁNCER DE MAMA-AUTOEXPLORACIÓN

1. ¿ Por qué debe una mujer revisar periódicamente sus mamas?

Porque el CÁNCER DE MAMA es el tipo de cáncer más frecuente en la mujer y si se logra diagnosticar pronto, existen muchas posibilidades de curación.

2. ¿Existen factores de riesgo de padecer un cáncer de mama?

Aunque existen mujeres con mayor riesgo de padecer cáncer de mama, sobre todo si existen casos en su familia, lo cierto es que la mayoría de los casos de cáncer de mama ocurren en mujeres que no tenían factores de riesgo, por lo que, en la práctica, TODAS las mujeres deben revisar periódicamente sus mamas, independientemente de que tengan o no factores de riesgo.

3. ¿ Cómo se hace un diagnóstico precoz del cáncer de mama?

- Realizando una autoexploración mamaria de forma regular (más adelante se explicará cómo hacerla) y consultar con su ginecólogo en caso de que note cualquiera de los síntomas o signos que se explican también a continuación.
- Realizando una revisión ginecológica anual en la que su ginecólogo explorará sus mamas.
- A partir de una determinada edad, es conveniente realizar periódicamente una MAMOGRAFÍA. Para ello, déjese aconsejar por su ginecólogo.

Recuerde que, en la mayoría de las ocasiones, estos signos o síntomas únicamente indicarán la presencia de algún problema benigno en sus mamas, y sólo en un pequeño número de casos, corresponderá a un proceso maligno (cáncer de mama).

No olvide que cuanto antes realice el diagnóstico, mayores serán las posibilidades de curación.

La técnica de autoexploración de mama es un método de prevención del cáncer mamario:

“Colócate delante del espejo y sigue estas indicaciones”:

1. Brazos caídos y comprueba que las mamas mantienen el tamaño y la forma de siempre, que la piel está lisa, sin arrugas ni asperezas y que su borde inferior es regular.
2. Levanta los brazos, por encima de la cabeza y busca si en esa posición notas alguna diferencia entre uno y otro pecho, y también entre las axilas.
3. Baja los brazos y une los brazos a la altura del cuello haciendo fuerza hacia fuera. De esta manera los músculos del tórax se tensan haciendo más visible cualquier anomalía.
4. Comprueba ahora, con la ayuda del espejo, si el surco inferior de las mamas tiene el aspecto habitual.

“Imagínate tu mama en 4 partes, cuyo centro es el pezón. La palpación debes hacerla tumbada boca arriba sobre la cama, colocando una almohada debajo del hombro; con la mano opuesta a la mama a explorar y con los dedos estirados presionaras suavemente contra el tórax:

1. Palpación de la mama izquierda: coloca una almohada debajo del hombro izquierdo; sitúa tu mano izquierda bajo la cabeza; y con los dedos de la mano derecha, juntos y estirados, palpa las 4 partes de esa mama.
2. Palpación de la axila izquierda: sin cambiar de postura, explora detenidamente con la punta de los dedos tu axila izquierda.
3. Palpación de la mama derecha: cambia la almohada y llévala debajo del hombro derecho, y con la mano derecha colocada bajo la cabeza repite con los dedos de la mano izquierda la misma palpación.
4. Palpación de la axila derecha: en la misma postura, explora tu axila derecha.

“La exploración ante el espejo y la autopalpación debes hacerlas cada mes, preferiblemente unos días después de terminada la menstruación. Si ya no tienes la regla, escogerás un determinado día del mes”

Si en la exploración encuentras que:

1. Una mama aumenta o reduce su tamaño o dureza en relación con la otra.
2. La piel de la mama aparece cuarteada, retraída o con manchas.
3. Sale de tu pezón un líquido claro, lechoso o sanguinolento, no estando embarazada o amamantando.
4. El pezón se retrae o tiene llagas.

5. Aparece un bulto en el seno o en la axila.

6. Una cicatriz o bulto de hace mucho tiempo cambia de aspecto, tamaño o consistencia.

Aunque no te duela, si observas alguno de esos síntomas acude de inmediato a tu médico.

Actividad 5

Como tarea para casa se les pide que traigan preguntas o dudas de las sesiones impartidas y algunas recetas de cocina saludables y económicas.

Fin de la sesión.

SESIÓN 4: TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LOS CAMBIOS A CORTO PLAZO ASOCIADOS A LA MENOPAUSIA

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESION	CONTENIDO	DURACIÓN
4	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Explicar las distintas técnicas existentes para tratar los cambios a corto plazo, indicando los motivos que los señalan como convenientes. Llevar a cabo durante la sesión la técnica de relajación muscular progresiva.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2. Explicar los métodos para reducir los sofocos. 3. Explicar la relajación progresiva y mental, incluyendo el procedimiento, efectos, las ventajas y las situaciones en las que se recomienda su uso. 4. Llevar a cabo el entrenamiento en relajación progresiva. 5. Entrega del material acerca de la técnica de relajación y tarea para casa: practicar los ejercicios de relajación en casa y rellenar autorregistro de relajación</p>	90 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Explicar las distintas técnicas existentes para tratar los cambios a corto plazo, indicando los motivos que los señalan como convenientes.
- ✓ Llevar a cabo durante la sesión la técnica de relajación muscular progresiva.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

En esta cuarta sesión se propone la relajación como técnicas de afrontamiento. Se pretende dar a las participantes del programa recursos que les doten del control necesario para confrontar los cambios a corto plazo asociados a la menopausia, así como otros factores estresantes.

ACTIVIDADES

1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas.
2. Explicar los métodos para reducir los sofocos.

3. Explicar la relajación progresiva, incluyendo el procedimiento, efectos, las ventajas y las situaciones en las que se recomienda su uso.
4. Llevar a cabo el entrenamiento en relajación progresiva.
5. Entrega del material acerca de la técnica de relajación y tarea para casa: practicar los ejercicios de relajación.

MATERIAL

- 📄 Guía de entrenamiento en relajación progresiva.
- 📄 Tarea para la casa, auto registro de indicador de ansiedad o tensión después de la relajación
- 📄 Resumen de la sesión 3

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Presentación de la sesión y revisión de las tareas de casa.

Se les entrega el material que resume la sesión (**Resumen 3**).

Actividad 2

El objetivo de esta sesión es presentar los distintos métodos que se pueden usar para reducir la intensidad de los sofocos.

El sofoco es la sensación súbita de calor que empieza en el pecho y se extiende al cuello y a la cara, acompañada de enrojecimiento cutáneo, sudoración y a veces aceleración de los latidos del corazón. Los sofocos son uno de los primeros síntomas de la menopausia y pueden aparecer dos o tres años antes de que las reglas lleguen a desaparecer del todo. Es importante recordar que los sofocos son variables, es decir, cada mujer los describe y los percibe de manera diferente. Incluso algunas mujeres no los experimentan jamás.

Son las alteraciones más frecuentes en la menopausia y para mejorarlos, es decir, para reducirlos, se pueden usar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos:

Farmacológicos

Hormonal: Consiste en la aplicación de estrógenos y se explicaran más adelante (Terapia hormonal sustitutiva).

No Hormonal: Usando fundamentalmente dopaminérgicos. Este tratamiento consigue reducir los sofocos en un 64-91% de los casos.

Estos tratamientos deben ser recomendados por el médico.

No farmacológicos:

Son los basados en la autosugestión, esto es, se trata de provocarnos a nosotros mismos sensaciones agradables y relajantes que nos den sensación de control.

Entrenamiento biorretroactivo: Se trata de llevar a cabo un ejercicio de calentamiento de manos mediante sugestión que consiga la vasodilatación en esa zona y así reducir la sensibilidad a la temperatura. Posteriormente se entrenará de la misma manera el enfriamiento mediante vasoconstricción. Todo el entrenamiento se debe llevar a cabo en una habitación controlada térmicamente y con el se consigue una reducción de un 75 % en la frecuencia de aparición de los sofocos y consigue un hasta en un 100% de los casos eliminar las molestias que de ellos se derivan. Los inconvenientes de esta técnica son que debe ser realizada en una habitación especial y dentro de una terapia controlada por profesionales; además sólo se lleva a cabo en los casos en los que los sofocos son muy incapacitantes.

Entrenamiento en relajación progresiva: Consiste en la tensión-distensión muscular con la finalidad de reducir la activación emocional y física que producen ciertas situaciones y acontecimientos. Con él, se consigue reducir en un 60% la frecuencia de los sofocos.

Entrenamiento en respiración: Con él se intenta conseguir aprender a respirar bien y aumentar la capacidad pulmonar para así lograr una sensación de relajación y de control en los momentos que nos resultan angustiosos.

Actividad 3

En esta actividad se explicara como se lleva a cabo el entrenamiento en relajación progresiva señalando sus beneficios y ventajas así como las situaciones en las que puede ser utilizado.

La tensión- activación, en especial la activación emocional puede estar producida por aspectos muy variados, como pensamientos, condiciones externas o incluso las propias actuaciones o conductas. Para reducir esta tensión podemos actuar sobre las condiciones del entorno que la producen o sobre los efectos fisiológicos que van asociados. Esto último es lo que consigue reducir la relajación progresiva.

Este procedimiento de relajación intente enseñar a la persona a relajarse por medio de ejercicios en los que tense y relaje de forma alternativa sus distintos grupos musculares. El objetivo es conseguir que la persona aprenda a identificar las señales fisiológicas que provienen de sus músculos cuando están en tensión, y posteriormente cuando las identifique ponga en marcha las habilidades aprendidas para reducirlas (se relaje). Posteriormente la relajación se lleva a cabo mediante el recorrido mental de todo el cuerpo identificando si existe tensión en algún músculo y en ese caso relajándolo.

La forma de conseguirlo es similar a la forma en que se intenta conseguir cualquier otra habilidad o destreza, a través de ensayos continuados en los que la persona aprenda a percibir las sensaciones de tensión y distensión que provienen de sus músculos y como éstas se modifican al realizar los ejercicios correspondientes.

Las condiciones óptimas para realizar el entrenamiento deben ser: una habitación tranquila, con buena temperatura, con poca luz y ropa cómoda; pero sobre todo es importante que lo consideremos un momento de dedicación personal tratando de encontrar un espacio de tiempo dentro del día en el que podamos estar a solas durante al menos quince minutos. En cuanto a la postura se puede realizar tanto sentada como tumbada en función del momento del día y de lo que queramos conseguir con la relajación, por ejemplo si tenemos insomnio lo ideal es practicarlo antes de dormir tumbadas en la cama; pero si lo que queremos es reducir la intensidad de un sofoco podemos hacerlo sentadas en una silla cómoda.

En situaciones en las que llevar a cabo la relajación es difícil por las condiciones ambientales se recurrirá a la respiración o la relajación mental que se explicará más adelante.

En el caso de elegir la postura tumbada debe llevarse a cabo sobre una superficie dura en la que se apoye completamente el cuerpo de forma que ningún músculo tenga que trabajar para sostenerlo, y con una ligera elevación para apoyar la cabeza (unos cinco centímetros) a fin de que no quede tensión en el cuello. Los brazos pueden quedar o bien apoyados en el propio cuerpo, con las muñecas en la zona superior y anterior de los muslos, o bien yacer a los lados.

Si estamos sentadas lo más adecuado es utilizar un sillón envolvente que recoja bien el tronco y que permita además apoyar la cabeza. Los brazos pueden apoyarse en los del sillón o sobre la parte superior de los muslos con las palmas de las manos hacia abajo.

La relajación progresiva no sólo se puede llevar a cabo cuando se tenga sofocos o insomnio; se puede usar a lo largo de toda la vida en aquellas situaciones que nos produzcan malestar y activación fisiológica elevada.

Cuando la relajación progresiva está suficientemente entrenada y aprendida se puede llevar a cabo la relajación mental como método más rápido y fácil de aplicar en todo tipo de situaciones. Este método consiste en la capacidad de centrarse en las sensaciones del propio cuerpo consiguiendo la relajación con sólo pensar que nuestro cuerpo está relajado.

Actividad 4

En esta actividad se llevará a cabo el entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson, comentando al final las dificultades que hayan surgido y las impresiones de las participantes del programa.

RELAJACIÓN PROGRESIVA EN OCHO GRUPOS MUSCULARES

Primero se lleva a cabo el recorrido con ejercicios de tensión-relajación y después sólo con un recorrido mental (sin tensión). Para ello, se agrupan por zonas de la siguiente forma:

1. Mano y antebrazo de ambos brazos
2. Zonas del brazo
3. Frente, párpados y mejillas
4. Labios, lengua y mandíbulas

5. Hombros y parte superior de la espalda
6. Estómago y parte inferior de la espalda
7. Ambos muslos
8. Ambas pantorrillas y pies

PRÁCTICA DE LA RELAJACIÓN PROGRESIVA

“Vamos a comenzar el entrenamiento en relajación. Es importante adoptar una postura lo más cómoda posible, cerrar los ojos y tratar de desconectar de todas las posibles preocupaciones cotidianas. Para ello puede ser útil centrar la atención unos momentos en una escena agradable, por ejemplo, imaginarnos tumbados en la playa al sol...ahora vamos a hacer un recorrido mental por todo el cuerpo, tratando de sintonizar con una sensación de calma y de tranquilidad... No hay que hacer nada, simplemente dejarse llevar...tratar de encontrarse lo más a gusto posible...lo más tranquilo, para pasar a comenzar la relajación...”

✓ BRAZOS:

- *Apretar fuertemente el puño y doblar la mano por la muñeca echando hacia delante el puño, a la vez tensar el antebrazo identificando la tensión en la zona superior... abrir la mano, aflojar el antebrazo y volver la muñeca a su posición inicial.*
- *Doblar el brazo por el codo tensando los músculos del bíceps, al mismo tiempo doblando el brazo tratando de hacer fuerza como para bajar el brazo a fin de que se tense el tríceps (músculos de la parte posterior del brazo)... aflojar el brazo para que vuelva a su posición inicial.*

✓ CARA:

- *Tensar la frente levantando las cejas, apretar fuertemente los párpados y tensar las mejillas estirando hacia atrás y hacia arriba las comisuras de los labios... dejar caer las cejas hacia los lados y hacia abajo, dejar que el párpado superior caiga suavemente sobre el inferior y dejar que los labios vuelvan a su posición de reposo.*

- *Juntar los labios y apretados dirigirlos hacia fuera de la boca, presionar con la lengua el paladar superior y apretar fuertemente las mandíbulas... dejar que los labios vuelvan a su posición de reposo, dejar que la lengua descanse en el paladar inferior y que la mandíbula inferior caiga (permitiendo que los labios queden separados).*

✓ **TRONCO:**

- *Levantar ambos hombros tratando de aproximarlos a las orejas, a continuación curvar la parte superior de la espalda tratando de juntar los codos por detrás... volver a la posición de reposo.*

- *Tensar la parte anterior del tronco y diafragma metiendo el estómago lo más posible, posteriormente sacar el estómago lo más posible y finalmente tensar la parte inferior de la espalda arqueándola apoyándose en los glúteos y en los hombros... volver a la situación de reposo.*

✓ **PIERNAS:**

- *Tensar los músculos de la parte anterior de los muslos y luego de la parte posterior de los muslos, tratando de flexionar las rodillas... dejar que los muslos caigan sobre la superficie de apoyo.*

- *Tensar la parte anterior de las pantorrillas doblando los pies de forma que la punta se aproxime a las rodillas, después tensar la parte posterior de las pantorrillas doblando los pies de forma que la punta se aleje de las rodillas y finalmente tensar los pies doblando los dedos hacia delante... dejar caer los pies y los dedos volviendo a la posición de reposo.*

Actividad 5

Al finalizar los comentarios de las participantes en la actividad anterior, se les hace entrega del material acerca de la técnica de relajación y se les pide que como tarea realicen la relajación en su casa y tras ésta que contesten a lo que se les pide en el autorregistro que se les entrega para evaluar la práctica de relajación.

Fin de la sesión.

SESIÓN 5: TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LOS CAMBIOS A CORTO, MEDIO Y LARGO PLAZO ASOCIADOS A LA MENOPAUSIA

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESION	CONTENIDO	DURACIÓN
5	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Explicar la técnica de respiración como otro método de relajación existente para tratar los cambios a corto plazo. Llevar a cabo, durante la sesión, la técnica de respiración diafragmática. Explicar los ejercicios, postura y nutrición, como dos de las técnicas, para tratar los cambios a medio y largo plazo.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2. Explicar la técnica de respiración, incluyendo el procedimiento, efectos, ventajas y situaciones en las que se recomienda su uso. 3. Llevar a cabo el entrenamiento en respiración. 4. Explicar la importancia de la nutrición en la etapa de la menopausia. 5. Informar sobre la necesidad de realizar ejercicios y adquirir posturas correctas. 6. Tareas para casa: practicar los ejercicios realizados en la sesión en casa.</p>	90 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Explicar la técnica de respiración como otro método de relajación existente para tratar los cambios a corto plazo.
- ✓ Llevar a cabo durante la sesión la técnica de respiración diafragmática.
- ✓ Explicar los ejercicios, postura y nutrición, como dos de las técnicas, para tratar los cambios a medio y largo plazo.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

La vida actual, con frecuencia favorece el desarrollo de hábitos de respiración poco adecuados. Las posturas más habituales, la ropa, el ritmo de vida y especialmente las situaciones de estrés colaboran a facilitar patrones de respiración caracterizados por un ritmo acelerado y una escasa intensidad. Si por el contrario, conseguimos una respiración diafragmática, es decir profunda, los pulmones se expanden hacia abajo ya que el diafragma también baja y le deja espacio a la parte inferior de los pulmones, a la vez que masajea el bazo y el hígado.

En esta sesión se comentará que es muy importante llevar una dieta adecuada para reducir los síntomas asociados a la aparición de la menopausia, Al igual que la práctica habitual de ejercicios físicos es un factor que influye favorablemente sobre el estado de salud en muchos aspectos.

La buena nutrición y la práctica de ejercicio hacen que el corazón trabaje en condiciones favorables, por lo que puede evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares, contribuyendo también a disminuir el sobrepeso y la hipertensión. Hay muchas ventajas con la realización de ejercicios de respiración, de una nutrición balanceada y de la práctica de correctas posturas físicas; únicamente es cuestión de adquirir la costumbre.

ACTIVIDADES

1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas.
2. Explicar la técnica de respiración, incluyendo el procedimiento, efectos, ventajas y situaciones en las que se recomienda su uso.
3. Llevar a cabo el entrenamiento en respiración.
4. Explicar la importancia de la nutrición en la etapa de la menopausia.
5. Informar sobre la necesidad de realizar ejercicios y adquirir posturas correctas.
6. Tareas para casa: practicar los ejercicios realizados en la sesión en casa.

MATERIAL

- 📄 Tablas de alimentos con calcio
- 📄 Transparencia de ejercicios físicos
- 📄 Ejercicios específicos de flexión y posturas
- 📄 Resumen de la sesión 4

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Presentación de la sesión y revisión de las tareas de la sesión anterior.

Actividad 2

En esta actividad se explica el método de relajación mediante respiración, señalando los beneficios y las situaciones en las que su uso puede ser de gran ayuda.

Las formas de vida actual, con frecuencia favorecen el desarrollo de hábitos de respiración poco adecuados. Las posturas más habituales, la ropa, el ritmo de vida y especialmente las situaciones de estrés colaboran a facilitar patrones de respiración caracterizados por un ritmo acelerado y una escasa intensidad. Cuando se respira normalmente sólo se llena la parte superior de los pulmones expandiendo estos hacia los lados, presionando así el corazón, esto hace que la cantidad de sangre bombeada sea menor y provoque menos cansancio, porque el corazón requiere más esfuerzo, al mismo tiempo que la sangre está menos oxigenada. Si por el contrario, conseguimos una respiración diafragmática, es decir, profunda, los pulmones se expanden hacia abajo ya que el diafragma también baja y le deja espacio a la parte inferior de los pulmones, a la vez que masajea el bazo y el hígado. Esto tiene dos ventajas, por un lado la capacidad pulmonar aumenta y por otro el movimiento del diafragma sobre el hígado y el bazo consigue que la sangre almacenada en ellos salga al torrente sanguíneo y vuelva a esos órganos oxigenada.

El procedimiento para llevar a cabo este método de relajación consiste en llenar primero la parte superior de los pulmones, después la parte media para terminar consiguiendo que el aire penetre hasta el fondo de los pulmones, lo que se manifiesta llenando el vientre. Lo realmente importante es aprender a controlar nuestra respiración y conseguir automatizar la respiración diafragmática.

La respiración se puede usar cuando se sufre un sofoco o en situaciones en las que se necesite reducir la actividad fisiológica. Es una técnica muy cómoda que puede emplear incluso cuando se habla con otra persona. Una vez que se ha aprendido puede usarse durante toda la vida en aquellas situaciones en que las se requiera.

Actividad 3

En esta actividad se entrena a las participantes en respiración diafragmática, comentando las dificultades e impresiones que puedan surgir.

PROCEDIMIENTO BÁSICO

CONDICIONES:

- Postura cómoda.
- Ojos cerrados.
- No usar ropa, calzado, u otros objetos (gafas, lentes de contacto...) que opriman.
- Sin estímulos distractores.
- Establecer una situación de tranquilidad: La visualización de una escena agradable durante un minuto o dos puede ser útil.

EJERCICIO 1:

- Objetivo: Conseguir que la persona dirija el aire a la parte inferior de sus pulmones.
- Se le indicará que coloque una mano encima de su vientre y otra encima de su estómago para que pueda percibir mejor los efectos de cada ciclo inspiración/expiración.
- Se le señala que trate de dirigir el aire en cada inspiración a llenar la parte inferior de sus pulmones, lo que debe producir que se mueva la mano colocada sobre el vientre pero no la colocada sobre el estómago. Tampoco debe moverse el pecho.
- La duración del ejercicio será de dos a cuatro minutos.
- Concluido este periodo, se descansa unos momentos (dos minutos) que se dedicarán a comentar la realización del ejercicio, los efectos percibidos o dar instrucciones para una mejor realización.
- Se repetirá el ejercicio varias veces según la habilidad desarrollada (al menos 3 ó 4 veces).

EJERCICIO 2:

- Objetivo: Conseguir que la persona sea capaz de dirigir el aire a la parte inferior y media de sus pulmones.
- Se le indicará que dirija en primer lugar el aire a la parte inferior (lo mismo que en el ejercicio anterior) y después, en la misma inspiración pero marcando un tiempo diferente, que dirija el aire a la parte media notando cómo ahora se hincha la zona de su cuerpo bajo su segunda mano, el estómago.

- La duración de cada período de ejercicio debe ser de dos a cuatro minutos.
- Se repetirá el ejercicio al menos tres o cuatro veces, con intervalos de descanso entre ellos.

EJERCICIO 3:

- Objetivo: Que la persona sea capaz de llevar a cabo una inspiración completa.
- Se indica al cliente que dirija el aire de cada inspiración en primer lugar a la zona del vientre, luego a la del estómago y por último al pecho.
- La inspiración no debe ser forzada. Conviene no exagerar la cantidad de aire que se dirige a cada zona a fin de no tener que forzar la inspiración pectoral.
- La duración de cada ejercicio será de dos a cuatro minutos, con descanso entre las repeticiones.

EJERCICIO 4:

- Objetivo: Que la persona sea capaz de hacer más completa y regular la espiración.
- Se le indica que lleve a cabo la inspiración como en el ejercicio 3 y que se centre en la espiración de forma que pueda hacerla más completa y así contribuir de manera más eficiente a la respiración.
- La espiración se realizará cerrando bastante los labios a fin de que ésta produzca un tenue ruido.
- Resulta útil tratar de silbar cuando se llegue al final de la espiración para así forzar la espiración de parte del aire residual.

EJERCICIO 5:

- Objetivo: Que se establezca una adecuada alternancia respiratoria.
- Este ejercicio es muy similar al anterior pero la inspiración ya no se hace en tres tiempos diferenciados sino en uno continuo.
- En la espiración puede irse sustituyendo progresivamente el silbar al final para ir a un ciclo respiratorio completamente normal.

EJERCICIO 6:

- Generalizar la respiración completa a las condiciones habituales del cliente.
- Se trata de repetir el ejercicio 5 en distintas posiciones y situaciones: tumbado, de pie, andando, con los ojos abiertos, ropas menos adecuadas, introducción de ruidos, interacción con otras personas...
- Es importante que en todas estas variaciones la persona sea capaz de identificar o de recrear las sensaciones que experimentó cuando el entrenamiento se llevaba a cabo en condiciones óptimas.

Actividad 4

Es muy importante llevar una dieta adecuada para reducir todos los síntomas asociados a la aparición de la menopausia. Una dieta rica en calcio ayuda a retardar la osteoporosis y las ensaladas aportan las vitaminas necesarias para el organismo y disminuyen los sofocos que dan las comidas calientes y pesadas.

También es conveniente cambiar el café por zumos naturales, agua mineral (importante tomarla en grandes cantidades) o leche desnatada con frutas, porque hay ciertos hábitos tóxicos que se deben eliminar como los siguientes:

- ✗ **TABACO** → El tabaco en cantidad superior a 10 cigarrillos al día tiene un efecto antiestrogénico que puede relacionarse con el hecho de que la menopausia aparece antes en mujeres fumadoras que en las que no lo son, aumentando por ello el riesgo de osteoporosis y trastornos cardiovasculares.
- ✗ **ALCOHOL** → El alcohol favorece el déficit de calcio y juega un papel importante en la pérdida de masa ósea contribuyendo al desarrollo de la osteoporosis. También tiene efectos nocivos en el desarrollo de la hipertensión arterial y la obesidad, factores que pueden contribuir a la aparición de enfermedades cardiovasculares.

- ✗ BEBIDAS EXCITANTES → Café, té, colas y bebidas gaseosas aumentan la excreción de calcio por la orina. Se pueden tomar pero con moderación.
- ✗ Hay también ciertos alimentos que se deben evitar a partir de ahora como son los condimentos picantes.
- Por otra parte el calcio es el componente mineral más importante del hueso y un déficit en su ingesta o la mala absorción de éste provoca un mayor desarrollo de la osteoporosis. Está científicamente demostrado que el consumo de lácteos durante la infancia y adolescencia retrasa la pérdida de la masa ósea en la postmenopausia ya que el llamado “pico de masa ósea” es mayor al llegar a esta etapa. Los requerimientos de calcio diarios son:

1000 mg/día en mujeres premenopáusicas

1500 mg/día en mujeres posmenopáusicas

Los productos alimenticios más ricos en calcio son la leche y sus derivados que deberán tomarse descremados para no aumentar el consumo de grasas saturadas.

A continuación se presenta una relación de los alimentos que deben constar en una dieta equilibrada y que favorezca la reducción de los síntomas durante la menopausia:

- Verduras → Calabacines, berenjenas, col, coliflor, espinacas, acelgas, patatas, zanahorias, brócoli, lechugas, tomate, cebolla, rábano, setas, pimientos.
- Frutas → Pomelo, naranja, limón, manzana, fresón, plátano, melón, pera, uva, ciruela, albaricoque, nectarina, etc. No se deben comer más de cuatro piezas al día ya que tienen azúcar.
- Cereales → Trigo, maíz, arroz, cebada, centeno, avena. Aportan elementos nutritivos tan valiosos como la vitamina B (mejora la salud física y mental), hierro y minerales. El arroz, las pastas y el pan de harina integral son los más convenientes.
- Legumbres → Garbanzos, lentejas, judías, guisantes y soja (muy importante por la lecitina). Es necesario que estén en la dieta dos veces por semana.
- Huevos → no comer más de dos o tres a la semana porque aumentan el colesterol.

- Carnes → hay que evitar las carnes grasas (cordero, cerdo) pero se puede consumir carne roja en pequeñas cantidades (ej. filete de 100 gr dos veces por semana a la plancha preferiblemente), y pollo sin grasa ni piel una o dos veces por semana.
- Pescado → Es mejor que sea azul y lo podemos consumir incluso a diario (hervido, asado o a la plancha).

Las necesidades calóricas para una mujer entre 50 y 70 años son de 1800 kcal/día, aunque si se quiere reducir peso habrá que disminuir éstas, pero nunca por debajo de las 1200 kcal/día ya que si no es así sería difícil asegurar el contenido equilibrado de proteínas, grasas e hidratos de carbono.

Por otra parte, hay una serie de remedios caseros basados en hierbas medicinales. Se expone una relación de las diferentes hierbas que se aconsejan para reducir los síntomas de las diferentes alteraciones que se han visto hasta el momento:

- Palpitaciones → Valeriana, melenrama, hipérico, convalaria (lirios del valle) y muérdago.
- Depresiones y nerviosismo → Melisa, mejorana, fumaria, verbena, extracto de ginseng, valeriana, romero, lúpulo y ruda.
- Sofocos → Romero, lúpulo y ruda
- Sudores nocturnos → tres tazas de salvia al día
- Insomnio → Tila, mejorana, lavanda, azahar, lúpulo, melisa, valeriana y menta. Sobre todo comer y fumar menos.
- Hipertensión → 30 gr de melenrama, 10 gr de ajeno, 20 gr de valeriana, 20 gr de raíz de alharma y 20 gr de flores de espino.

Actividad 5

La práctica habitual de ejercicios físicos desde la infancia es un factor que influye favorablemente sobre el estado de salud en muchos aspectos. Está demostrado que el ejercicio físico aumenta la masa ósea paulatinamente hasta los 30 años que es cuando se alcanza el pico máximo. Intentar mantener una masa ósea elevada a lo largo de la vida es la mejor medida para prevenir los problemas asociados a la osteoporosis, es fundamental llegar a la edad de la menopausia con la mayor masa ósea posible.

El ejercicio físico puede prevenir o retrasar la osteoporosis y es tan fundamental que el tratamiento continuado a base de estrógenos y suplemento de calcio y vitamina D sólo tiene éxito si se acompaña de un ejercicio adecuado y regular. En un porcentaje de casos elevado el ejercicio por sí solo con una dieta adecuada es suficiente para prevenir la aparición de la osteoporosis.

Al mismo tiempo el ejercicio hace trabajar regularmente al corazón y aumenta los niveles de colesterol bueno (HDL), por lo que puede evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares, contribuyendo también a disminuir el sobrepeso y la hipertensión. El colesterol bueno ayuda contra la arteriosclerosis (cuando un depósito de colesterol y otras sustancias producen la obstrucción de una arteria) y cuando disminuye la producción de estrógeno también disminuye el nivel natural de este colesterol. Por eso es todavía más importante empezar a hacer ejercicio después de la menopausia. El ejercicio diario además nos mantiene flexibles, ágiles y activas, por lo que reduce también angustias y depresiones.

Hay muchos tipos de ejercicios y deportes que se pueden hacer. Los mejores son los ejercicios con el tronco en posición vertical descargando el peso sobre las extremidades inferiores. Esto hace que los músculos trabajen contra la gravedad. Un ejemplo de este tipo de ejercicios es bailar, andar, subir y bajar escaleras y realizar deportes aeróbicos. La natación aunque es un buen deporte para ganar estado físico, no es ideal para aumentar la masa ósea, porque se pierde el efecto de la gravedad y el soporte de peso por estar en el agua. Se recomienda la práctica de un mínimo de 20 minutos y un máximo de una hora de promedio. El ejercicio se debe realizar de tres a cinco veces a la semana. Es importante tener en cuenta que las personas que ya tienen problemas de osteoporosis deben evitar deportes que generen rotación de la columna como el tenis, el golf, los bolos y el squash.

No es necesario que las mujeres que no hayan realizado algún deporte a lo largo de su vida inicien la práctica ahora si no les gusta, ya que deben saber que caminar es uno de los mejores ejercicios. El ritmo de la marcha debe ser más rápido que el paseo normal, con paso largo y braceo y a ser posible por parques o espacios abiertos y soleados para que al mismo tiempo se tome el sol y de paso aumentar la producción de vitamina D. Se debería caminar de 20 minutos a un kilómetro diario.

Para las personas que no están muy acostumbradas se recomienda empezar con paseos o ejercicios que hagan trabajar el sistema cardiovascular o los músculos sólo cinco minutos pero todos los días e ir aumentando un minuto hasta lograr los 20 minutos que es lo mínimo recomendado.

Hay muchas ventajas de la realización de ejercicios físicos y únicamente es cuestión de adquirir la costumbre. Sin embargo también hay contraindicaciones de la práctica de ejercicio para las personas con enfermedades cardiovasculares severas y con pérdidas anormales de potasio y sodio. Por esta razón es conveniente consultar con el médico.

DIEZ CONSEJOS ÚTILES

1. Antes de empezar, consulte a su médico para saber si existe algún tipo de contraindicación que le impida llevar a cabo un plan de acondicionamiento físico.
2. Durante el ejercicio deberá controlar regularmente el pulso y verificar el tiempo de retorno a la calma.
3. Deben predominar las actividades que sirvan para mejorar la resistencia cardio-respiratoria, evitando siempre los esfuerzos muy intensos.
4. La actividad física debe ser regular y constante. En caso de suspender el programa durante cierto tiempo, la reanudación debe ser prudente y progresiva.
5. Cuando esté cansado modere su ejercicio, dosifique juiciosamente los esfuerzos y siga una progresión.
6. Evite esfuerzos que exijan posturas estáticas.
7. Pararse al menor síntoma de dolor, mareo, vértigo, respiración jadeante o dolor de cabeza.
8. Los esfuerzos serán de débil intensidad y de duración relativamente larga.
9. No fuerce su capacidad funcional.
10. Persevere, tenga tenacidad y paciencia para conseguir el fin buscado, evitando siempre quemar etapas.

DEPORTE

- NATACIÓN. Mejora y mantiene la capacidad cardiorrespiratoria y el sistema neuromuscular.
- MARCHA: Sirve para reestablecer el equilibrio y conseguir una marcha correcta. Beneficiosa para la columna y piernas.
- FOOTING: Sólo cuando se esté entrenado en la práctica de la marcha.
- BICICLETA: Móvil o Estática. Ayuda a conservar la autonomía, mantiene en buen estado las articulaciones y los músculos y beneficia al aparato cardiovascular y respiratorio. Aumenta la capacidad de atención, los reflejos, la coordinación y el equilibrio. Vigilar la altura del sillín y la posición correcta: lo más erguida posible.
- YOGA: Siempre que los movimientos se adapten a las características psicológicas y físicas de la persona de edad.
- BAILE O DANZA: Se movilizan todas las articulaciones y músculos del cuerpo. Puede ser una actividad excelente para mantener la condición física.

Actividad 6

Se recomienda que revisen en casa los ejercicios practicados durante la sesión en casa y se les anima a que realicen la práctica de algún tipo de ejercicio físico.

Fin de la sesión.

SESIÓN 6: TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LOS CAMBIOS A MEDIO Y LARGO PLAZO ASOCIADOS A LA MENOPAUSIA II

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESION	CONTENIDO	DURACIÓN
6	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN Explicar los trastornos de la musculatura del suelo pélvico en la postmenopausia y promover los ejercicios de Kegel para su prevención y tratamiento. Transmitir información sobre las opciones existentes para combatir la sequedad vaginal (escozor, picor y dolor en las relaciones sexuales). Explicación del tratamiento hormonal sustitutivo, que tiene como objetivo sustituir el déficit hormonal, y su utilidad para mejorar los síntomas menopáusicos.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa. 2. Explicación y puesta en práctica de los ejercicios de Kegel para prevenir y / o tratar los cambios que se presentan en la musculatura del suelo pélvico en el climaterio. 3. Presentación de alternativas para la sequedad vaginal. 4. Introducción a los distintos tratamientos médicos para las molestias de la menopausia. 5. Tarea para casa: realizar una lista de pensamientos negativos.</p>	90 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Explicar los trastornos de la musculatura del suelo pélvico en la postmenopausia y promover los ejercicios de Kegel para su prevención y tratamiento.
- ✓ Transmitir información sobre las opciones existentes para combatir la sequedad vaginal (escozor, picor y dolor en las relaciones sexuales).
- ✓ Explicación del tratamiento hormonal sustitutivo que tiene como objetivo sustituir el déficit hormonal y su utilidad para mejorar los síntomas menopáusicos.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

En esta sesión se abordarán las diferentes formas de tratar las alteraciones sexuales que se pueden presentar por aquellos cambios relacionados con la menopausia.

Para iniciar se recordará que la menopausia suele producir trastornos del aparato genitourinario como consecuencia de la alteración de la musculatura de sostén de los órganos

alojados en la pelvis. Estos desordenes pueden manifestarse en diferentes formas por lo que es muy importante la prevención y el tratamiento.

Se hablará también de la relación que existe entre sexualidad y menopausia recordando las alteraciones vaginales. Por otro lado, se comentará que este período de sus vidas se está abriendo una etapa en la que se van a modificar vivencias y comportamientos sexuales debido a la madurez afectiva de la mujer y que puede transmitir a su pareja. Aquellos cambios del climaterio, como la sequedad vaginal que se provoca, pueden contribuir a que la relación sexual pueda no ser satisfactoria y dar lugar a manifestaciones psicológicas, de mayor o menor relevancia, por ello se transmitirá información para tener algunas herramientas de modificación sobre estos cambios.

Otro de los temas a tratar en esta sesión es la terapia hormonal sustitutiva que consiste en la administración de estrógenos para suplir la deficiencia de éstos cuando el ovario deja de producirlos en la menopausia. Se comentarán algunas de las formas de tratamiento con estrógenos.

ACTIVIDADES

1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa.
2. Explicación y puesta en práctica de los ejercicios de Kegel para prevenir y / o tratar los cambios que se presentan en la musculatura del suelo pélvico en el climaterio.
3. Presentación de alternativas para la sequedad vaginal.
4. Introducción a los distintos tratamientos médicos para las molestias de la menopausia.
5. Tarea para casa: lista de pensamientos negativos.

MATERIAL

- ☞ Transparencia ejercicios de Kegel
- ☞ Transparencia elección del lubricante adecuado
- ☞ Transparencia de relaciones derivadas de la atrofia vulvovaginal
- ☞ Transparencia tipos de tratamiento hormonales
- ☞ Transparencia contraindicaciones del THS
- ☞ Transparencia beneficios del THS
- ☞ Transparencia tipos de hormonas en el THS

- ☞ Transparencia tratamientos no hormonales
- ☞ Transparencia moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERM)
- ☞ Transparencia del tratamiento hormonal alternativo
- ☞ Resumen de la sesión 5

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa.

Actividad 2

Se iniciará esta actividad explicando que a partir de la menopausia suelen producirse trastornos del aparato genitourinario como consecuencia de la alteración de la musculatura de sostén de los órganos alojados en la pelvis.

Estos desordenes pueden manifestarse de diferentes formas:

- Incontinencia urinaria a pequeños o grandes esfuerzos.
- Incontinencia de gases y de heces.
- Descenso de los órganos de la pelvis: vejiga, recto y útero.

De todos estos trastornos los más frecuentes y los más comprometen el bienestar de la mujer son: la incontinencia de orina y las alteraciones en las relaciones sexuales. En este tipo de alteraciones es muy importante la prevención y el tratamiento:

Prevención (si no hay síntomas).

La prevención debe iniciarse en la pubertad, y fundamentalmente durante el embarazo haciendo trabajar a los músculos del suelo de la pelvis aumentando su tono y fortaleza.

Estos movimientos, que se conocen como ejercicios de Kegel, se realizan tanto tumbada como de pie o sentada, manteniendo la tensión del músculo unos segundos y relajando lentamente. Han de practicarse varias veces al día, en diez tiempos cada uno a ser posible asociándolos alguna actividad física cotidiana.

1. *Primer ejercicio:* consiste en interrumpir un chorro “imaginario” de orina (contraer el esfínter de la orina), manteniéndolo unos segundos y relajándose a continuación. Pero nunca debe cortar el flujo de orina de verdad, ya que esto puede producir reflujo de orina y favorecer las infecciones urinarias.
2. *Segundo ejercicio:* consiste en cerrar el ano (contraer el esfínter del ano) sin contraer los glúteos ni los muslos al mismo tiempo. Mantener unos segundos la posición y relajar.
3. *Tercer ejercicio:* consiste en cerrar la vagina verticalmente, como si se impidiera salir al niño. Mantener unos segundos y relajar.

Los primeros días de práctica puede ser difícil diferenciar claramente el primer y el tercer ejercicio. Con paciencia y concentración se llegarán a identificar que parte del cuerpo están trabajando cada uno.

Tratamiento (si ya hay síntomas)

Aumentar el número de los ejercicios de Kegel, llegando a sesenta tiempos cada uno realizándolos tres veces al día.

El empleo de estos tratamientos evitará, en la edad madura, que aparezca el trastorno genito-urinario más frecuente, la pequeña incontinencia urinaria, que llega a afectar a un 50% de las mujeres de 60 años.

Actividad 3

En esta actividad se da información sobre las posibles soluciones existentes para mejorar las molestias derivadas de la sequedad vaginal.

Alternativas sexuales

Con la llegada de la menopausia y en definitiva el climaterio muchas mujeres tienen dificultades a causa de una autolubricación insuficiente. Sin embargo y contrario a lo que se cree este es un problema que generalmente es temporal y puede ser solucionado fácilmente, además hay que tener en cuenta que no aparece en todas las mujeres y no siempre es irreversible ni progresiva.

El primer paso consiste en ponerse en contacto con el ginecólogo y hacerle saber los síntomas que se tienen. Si se comprueba que no hay ninguna enfermedad existente seguramente indicará la conveniencia de un buen humectante vaginal que le proporcione la lubricación necesaria.

Es muy importante la elección del lubricante, ya que tiene que tener una base hídrica o al menos soluble en agua. No se deben utilizar lubricantes provenientes del petróleo, como la vaselina o aceites minerales, ya que no son solubles en agua y pueden adherirse a la mucosa vaginal y disfrazar infecciones o favorecer el desarrollo de bacterias. Otros lubricantes que popularmente han sido usados pero que no se deben utilizar son por ejemplo la jalea de petrolato, margarina, aceites comestibles, crema para las manos y lociones corporales.

Es conveniente que el producto que se use sea ligeramente ácido, con un pH no mayor de 5.0, de tal forma que sea parecido al pH natural de esta parte de su cuerpo. Esto evita el desarrollo de bacterias que con mayor frecuencia invaden la vagina. Se debe elegir un gel ligero que no manche, (preferentemente que tenga larga duración del efecto lubricante) que le permita usarlo no inmediatamente antes del contacto sexual, ya que esto le permite una mayor espontaneidad y seguridad en esos momentos. Es importante que esté libre de esencias y sabores, ya que estos ingredientes son irritantes en la sensible área genital. Se debe seleccionar un lubricante ligero y de larga duración. Muchos lubricantes disponibles en el mercado, incluyendo los de los preservativos pre-lubricados dan una sensación agradable pero se secan rápidamente provocando que aumente la posibilidad de que el condón se rompa. Los lubricantes de larga duración disminuyen este riesgo junto con el de la probable laceración (provocación de heridas) del tejido vaginal.

Otro aspecto a considerar es que su aplicación sea fácil y conveniente para cada persona, y sobre todo fácilmente lavable por completo. Como regla, mientras más rápido se disuelva en agua, más fácilmente se eliminará. En otras palabras, es importante escoger el lubricante que más se parezca a la lubricación natural de su cuerpo.

En cuanto a las relaciones sexuales, los cambios en el ciclo estrogénico, o la pérdida de la capacidad sexual no son los responsables de los posibles cambios, sino frecuentemente la carencia de oportunidades, unida a una ideología restrictiva sobre el placer de la mujer madura los que limitan la vida sexual de las mujeres menopáusicas. La monotonía de las relaciones y la inadecuada comunicación también afectan a su vivencia sexual.

Se debe tener en cuenta que la intensidad de la respuesta sexual puede variar a lo largo de los años y en cualquier momento de la vida. La experiencia sexual de cada persona es única, irrepetible y válida en la medida que responda a la necesidad de obtener placer. Sin embargo, por ejemplo se nos presenta el coito como la única forma de placer sexual. Hay muchas otras formas de expresar la sexualidad. La idea de que el único órgano sexual de la mujer es la vagina todavía está muy extendida, pero las mujeres, además de vagina tienen clítoris. Es un pequeño órgano recubierto por un pliegue de los labios menores y que es muy sensible. Muchas mujeres lo conocen y lo tienen siempre en cuenta en sus juegos sexuales, pero hay muchas otras que todavía no conocen sus posibilidades.

Además de los órganos genitales, hay otras partes del cuerpo capaces de hacer disfrutar: los pechos, las rodillas, los muslos, las manos, las orejas, las nalgas, el cuero cabelludo. Todas las zonas son sensibles, sólo es necesario descubrirlas, relajarse, buscar el placer, dejarse llevar. Hay que quitarse el miedo y decirle a nuestra pareja lo que nos gusta y estar dispuesta a descubrir un mundo nuevo. No hay que olvidar que hacer el amor relaja y quema calorías.

Actividad 4

En esta actividad se trata de exponer todos aquellos tratamientos médicos existentes para contrarrestar todas aquellas molestias que aparecen alrededor de la menopausia como consecuencia fundamentalmente del reajuste en el nivel de estrógenos.

La ausencia de estrógenos, la principal hormona femenina, es un factor de riesgo, o causa de la aparición de calores, osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, problemas vaginales, alteraciones del estado de ánimo y pérdida de la sensación de bienestar, como se ha venido diciendo en todas las sesiones anteriores. Esto no quiere decir que los problemas siempre se presentarán pero sí significa que en esta etapa la mujer debe someterse a una cuidadosa búsqueda de antecedentes personales y familiares relacionados con su salud, su condición física actual, la ocurrencia de signos específicos (calores, dolor articular,...) y sus hábitos de vida para anticipar los riesgos a sufrir determinadas enfermedades que se dan con más frecuencia en la menopausia. Las alternativas médicas existentes hoy en día para retrasar, evitar o minimizar muchas de ellas son actualmente muy variadas y lo que determinará la elección de una u otra, además del consejo del médico, es la comparación entre ventajas e inconvenientes, escogiendo aquella que nos proporciona una mejor calidad de vida, corriendo riesgos mínimos.

Las opciones médicas existentes para el tratamiento de las alteraciones debidas a la menopausia son las siguientes:

- A. THS
- B. Tratamientos no hormonales
- C. Moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERM)
- D. Tratamiento hormonal alternativo

A. Tratamiento hormonal sustitutivo (THS):

Lo primero que se debe decir es que el THS no es una solución para todos los problemas de la menopausia, ni tampoco una receta para mantenerse eternamente joven. Hace años la estrogenoterapia se realizaba a base de grandes y prolongadas dosis. El resultado era una estimulación intensa del endometrio. Posteriormente, se descubrió que la administración de estrógenos en grandes dosis se relacionaba con la aparición de cáncer de endometrio y de mama. Se están utilizando estos tratamientos de nuevo pero con mucho más cuidado. Se emplean dosis más reducidas de estrógenos, preferentemente naturales, no sintéticos, aplicados como cremas o parches sobre la piel y asociados a un gestágeno sintético (cumple función de la progesterona) que disminuya los posibles efectos indeseables de los estrógenos (sólo en mujeres que conservan la matriz).

La gente que lo apoya se basa en que la administración de pequeñas dosis de estrógenos ayuda a compensar los altibajos que se crean a lo largo del período de transición hormonal.

Antes de iniciar el THS se deben valorar los antecedentes de cada mujer y llevar a cabo una exploración para descartar contraindicaciones y valorar el perfil de riesgo. En esa exploración se deben evaluar los siguientes aspectos:

- Si padece o ha padecido cánceres hormonodependientes (mama y endometrio).
- Si existen hemorragias uterinas de causa desconocida.
- Si existen antecedentes de tromboflebitis o enfermedad tromboembólica.

- Si existen enfermedades hepáticas (en esos pacientes es mejor la administración de estrógenos por vía subcutánea puesto que evitan el metabolismo hepático).
- Si existen miomas uterinos, ya que éstos son sensibles a los estrógenos y pueden aumentar de tamaño en las mujeres sometidas a THS
- Si existen varices importantes.
- Si padece diabetes o hipertensión arterial.
- Si hay aumento anormal de colesterol y lípidos.
- Si la mujer es obesa o fumadora.

Para obtener información de todos los aspectos anteriores hay que realizar una serie de pruebas como una historia clínica detallada, un examen físico (tensión arterial, peso, exploración de mama y del aparato genital), una citología vaginal y biopsia del endometrio, analítica (colesterol, lípidos, lipoproteínas, FSH y LH, estradiol, prolactina y glucemia) una densiometría ósea y una mamografía. La mayoría de estas pruebas deben repetirse cada seis meses una vez iniciado el tratamiento.

La THS estará tanto más indicado cuanto mayor sea el riesgo de osteoporosis y será menos recomendada cuantos más factores de riesgo o contraindicaciones presente la mujer.

En general los beneficios que se han observado por la administración del THS son:

- Problemas cardíacos: la administración de estrógenos por vía oral reduce los niveles de colesterol malo y aumenta el bueno, con lo cual reduce el riesgo de infarto.
- Accidentes vasculares cerebrales: parece que existe una ligera disminución del riesgo de padecerlos.
- Osteoporosis: la THS reduce la remodelación del hueso y la pérdida de masa ósea, con lo que reduce el riesgo de fracturas de cadera, de muñeca y vertebrales. Este efecto protector aumenta con la duración del tratamiento.
- Otros efectos: reduce los sofocos, mejora la mucosa genital.

Pero además de comentar los beneficios, es necesario saber también qué riesgos conlleva, ya que la decisión de tomarlo o no dependerá del balance entre riesgos y beneficios. A continuación se presentan algunos de ellos:

- Cáncer de endometrio y de mama (porque dependen de estrógenos): Este riesgo es mayor cuando se toman estrógenos solos que cuando se combinan con gestágenos. Además el riesgo de cáncer de mama aumenta con la duración del tratamiento.
- Aumenta la posibilidad de padecer enfermedad vesicular.
- Los tratamientos combinados de estrógenos y gestágenos cíclicamente presentan una hemorragia vaginal periódica.
- Cefaleas, cambios de humor y dolor mamario.

Ahora se verá qué tipo de hormonas son las utilizadas y las vías de administración:

➤ ESTRÓGENOS:

1. Estradiol: es el más utilizado en Europa. Es más potente que el Estriol y que la Estrona, que son los estrógenos producidos por el ovario. Puede ser administrado de forma continua o cíclica, y sus vías de administración son:
 - Oral: es muy usada. Los estrógenos orales son inactivados en gran parte al absorberse a través de las paredes intestinales y al pasar por el hígado.
 - Percutánea: en forma de gel o crema. El estradiol aplicado sobre la piel se absorbe en menos de diez minutos. Se aplica indistintamente por la superficie del abdomen, cara externa de los brazos, muslos, hombros o cuello y se espera cinco minutos antes de vestirse.
 - Parches transdérmicos: suponen una vía cómoda de administración y han demostrado ser eficaces. El medicamento se absorbe a través de la piel y se libera poco a poco al torrente sanguíneo durante tres o cuatro días. Una vez que la mujer se pone el parche puede realizar su vida normal incluso ducharse con él. Se suelen poner por debajo de la cintura (nalgas, parte inferior de la espalda).
 - Implantes subcutáneos: son poco utilizados en la actualidad ya que varía mucho los niveles en sangre de una persona a otra, pudiendo existir riesgo de sobredosis.
 - Cremas vaginales: solo mejoran las molestias asociadas a la vagina (sequedad).
2. Estriol: es un estrógeno débil. La vía de administración más utilizada es la vagina. Es muy útil para mejorar la sequedad y puede extender su acción a vejiga y uretra.

3. Estrógenos sintéticos: son demasiado potentes para una THS. El más utilizado es el Etilnil-estradiol, el utilizado en la mayoría de los antiovlutorios. Su utilización estaría indicada en la pre-menopausia para evitar un embarazo no deseado.

➤ **GESTÁGENOS:**

La asociación de un gestágeno a la terapia estrogénica previene el desarrollo de un cáncer de útero por su efecto protector sobre el endometrio. Los progestágenos más utilizados son la Progesterona natural micronizada y la medroxiprogesterona, que es un gestágeno sintético.

1. Progesterona natural: debido a la escasa utilidad clínica de la progesterona natural por su pobre absorción y su rápida metabolización, se utiliza la progesterona micronizada. Se suele usar por vía oral pero es una buena alternativa la administración por vía vaginal.
2. Gestágenos sintéticos: el acetato de medroxiprogesterona es el más utilizado en la THS. Se absorbe muy rápidamente por vía oral.

➤ **ANDRÓGENOS:**

Se asocian a los estrógenos y tienen un efecto muy favorable sobre los problemas relacionados con la sexualidad.

B. Tratamientos no hormonales:

- Bifosfonatos o difosfonatos: actúan provocando cambios metabólicos en el hueso parecido al de los estrógenos, pero no son hormonas. Estas sustancias son efectivas para la prevención de la osteoporosis en personas con muy alto riesgo a desarrollarla o para quienes ya la padecen. Se utilizan por vía oral.
- Fitoestrógenos que son sustancias de origen vegetal que se encuentran principalmente en la soja. El más importante es la isoflavona. Tienen una acción similar a los

estrógenos pero más débil y más corta y suponen una alternativa natural al tratamiento con estrógenos. Su aplicación no es nueva, ya que la soja se ha utilizado como componente básico de la dieta oriental. Hay evidencias de que pueden prevenir la pérdida de masa ósea, inhibiendo la reabsorción del hueso. Además se le ha atribuido propiedades antivíricas, antibacterianas, antihipertensivas y antiinflamatorias. En la actualidad se dispone de la soja como producto farmacéutico en cápsulas orales.

C. Moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (S.E.R.M):

Los estrógenos son hormonas que ejercen su acción en los tejidos (hueso, corazón, vagina, etc.) debido a que en éstos, en la pared de las células que los componen, existen unas sustancias que reconocen a esos estrógenos y los dejan entrar para que realicen su trabajo: son los receptores estrogénicos. Cuando los estrógenos disminuyen con la menopausia, todos esos tejidos quedan desprotegidos. Durante la menopausia esos receptores continúan igual en las células. Las S.E.R.M actúan uniéndose a las células en estos receptores, pero de forma selectiva, como su nombre indica. Esto quiere decir que tienen la propiedad de modificar o modular a unos receptores sí y a otros no, para actuar en unos tejidos como si fuesen estrógenos, con los mismos efectos, pero en otros con efecto contrario o sin efecto. En mujeres con ciertas enfermedades que son agravadas por la presencia de estrógenos (miomas, ciertos tipos de cáncer como el de mama o endometrio) estas sustancias les pueden resultar muy útiles durante la menopausia, ya que actuarían como los estrógenos favorablemente sobre el hueso, el corazón, la vagina, etc., pero no actuarían, o tendrían el efecto contrario, sobre el tejido de la matriz y mamas.

Estas sustancias aunque actúan como los estrógenos, no son hormonas ni derivados de ellas y los más utilizados son el Tamoxifeno y el Raloxifeno. El primero se utiliza como antiestrógeno en el tratamiento de cáncer de mama, pero puede producir hemorragias y aumenta el riesgo de cáncer de endometrio por su acción estrógena exagerada sobre el útero. Además tiende a precipitar la reducción vaginal y los sofocos. El segundo también protege contra el cáncer de mama pero sin el efecto sobre el útero.

El Raloxifeno también disminuye el riesgo de fracturas óseas porque reduce la reabsorción del hueso (actúa como estrógeno) y normaliza el equilibrio del calcio. Asimismo, tiene un efecto benéfico sobre el hígado al disminuir el colesterol total y el malo (LDL) y los

triglicéridos. Por el contrario, no es útil para reducir los sofocos ni para los problemas vaginales. En definitiva esta alternativa es una buena elección para las mujeres que tienen alto riesgo de osteoporosis, que tengan o hayan tenido cáncer de mama, no tienen problemas con los sofocos y no pueden o no quieren recibir la terapia hormonal sustitutiva.

D. Tratamiento hormonal alternativo:

Se incluyen en este apartado los gonadomiméticos (Tibolona). Son sustancias sintéticas capaces de realizar, simultáneamente las acciones de todas las hormonas sexuales. Tienen, por tanto, capacidad de actuación como estrógenos, gestágenos (sustancias análogas a la progesterona) y andrógenos, aunque con distinto nivel de actividad. El efecto similar al de la progesterona, que es el predominante, hace que la posibilidad de sangrado prácticamente se elimine. EL efecto similar al del estrógeno actúa sobre los sofocos, insomnio, previene a largo plazo la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular. Se presenta como una alternativa a la terapia hormonal tradicional, y está indicado para aquellas mujeres a quienes le parece intolerable el sangrado vaginal asociado con la terapia tradicional, para quienes han tenido tumores dependientes de hormonas (mama y endometrio) o tienen factores de riesgo para padecerlos. Se usa por vía oral y sus resultados tardan en notarse al menos en 12 meses. Es un fármaco sólo aplicable en la menopausia con lo cual es imprescindible esperar un año al cese de la regla para su aplicación.

Actividad 5

Como tarea para la casa se les pedirá que hagan una lista de pensamientos negativos, con los cuales trabajaremos en la próxima sesión que trata de identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales.

Fin de la sesión.

SESIÓN 7: IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DE PREOCUPACIONES EXCESIVAS Y CREENCIAS IRRACIONALES I

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESION	CONTENIDO	DURACIÓN
7	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Explicar que son las Creencias Irracionales, que tipos de creencias son las más comunes y mostrar en que momentos se presentan estas ideas. Transmitir la forma de aprender a identificar los diferentes tipos de ideas irracionales.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de los objetivos de la sesión. 2. Qué son las creencias irracionales. Algunas Creencias Irracionales (Ellis). 3. Modelo A-B-C (según modelo de Ellis) 4. Distorsiones cognitivas (T.C. Beck). 5. Tarea para casa: practicar en casa el autoregistro de pensamientos negativos.</p>	90 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Explicar que son las Creencias Irracionales, que tipos de creencias son las más comunes y mostrar en que momentos se presentan estas ideas.
- ✓ Transmitir la forma de aprender a identificar los diferentes tipos de ideas irracionales.

PROCEDIMIENTOS Y CONTENIDOS

Se empezará la sesión 7 con la “lámina de la mujer”. En esta lámina se puede ver a una mujer joven o anciana. Esta tarea es para que comprueben que la realidad no es la misma para todos, que depende del prisma bajo el que se la mire.

Posteriormente se hará una pequeña introducción explicando qué son las creencias irracionales y que importancia tienen en el desarrollo de alteraciones emocionales y conductuales.

Se expondrán las creencias básicas que propone Ellis, con el objetivo de que aprendan a identificar dichas creencias. A continuación se les pasará a explicar el modelo A-B-C (versión de Ellis), demostrando la relación entre pensamientos, emociones y conductas. Se les mostrará un

ejemplo, donde se expondrá un suceso cotidiano y se verán pensamientos tanto racionales como irracionales y que consecuencias se derivan en cada caso. Después se les mostrará otra situación, un tanto ambigua y se les pedirá que digan lo que pensarían en esa situación. La finalidad es ver cómo ante un mismo hecho, diferentes personas lo perciben de formas muy diferentes. Por último, expondremos las distorsiones cognitivas más frecuentes (Terapia Cognitiva de Beck) y se trabajará con ellas a través de ejemplos. También se abordarán los términos “debería”, “estoy obligado”, etc., y se explicará porque son erróneos.

Como tareas para casa, se les mandará que rellenen un autorregistro de situaciones y pensamientos negativos para que aprendan a identificar sus pensamientos erróneos.

En la sesión 8 se abordará el Control de Creencias Irracionales.

ACTIVIDADES

1. Presentación de los objetivos de la sesión.
2. Qué son las creencias irracionales. Algunas Creencias Irracionales (Ellis).
3. Modelo A-B-C (según modelo de Ellis)
4. Distorsiones cognitivas (Terapia Cognitiva de Beck)
5. Tarea para casa (autorregistro de pensamientos negativos).

MATERIAL

- ☞ Transparencia “Lámina de la mujer”
- ☞ Transparencia Creencias irracionales de Ellis
- ☞ Transparencia Modelo A- B-C (según Ellis)
- ☞ Transparencia Ejemplo del modelo A-B-C
- ☞ Transparencia Distorsiones cognitivas (Terapia Cognitiva de Beck)
- ☞ Tarea para casa, autorregistro de pensamientos
- ☞ Resumen de la sesión 6

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Se empezará la sesión con los objetivos de la sesión y a continuación se les mostrará la “Lámina de la mujer” y se les preguntará a las mujeres qué ven. Dependiendo de nuestra

percepción veremos o a una mujer joven o a una mujer mayor, anciana. El objetivo de esta actividad es demostrar lo relativa y ambigua que es la realidad.

Actividad 2

Las cogniciones son el modo de pensar y son el determinante más poderoso de nuestro sentir y de nuestro actuar. La forma en que percibimos la realidad, es el color de los cristales de las gafas a través del cual miramos el mundo que nos rodea.

Por eso, el objetivo es cambiar las cogniciones, aprender a utilizar un color de gafas para mirar al mundo que no esté atado a sesgos y que no nos provoquen gratuitamente e inútilmente emociones negativas como tristeza, ansiedad culpabilidad, miedo, ira... Se dice "inútilmente" porque interfieren en la consecución de las metas, crean malestar y alteran la conducta.

Muchos de los estados disfuncionales, se deben a estas *ideas irracionales*. Y estas ideas que se tienen como un pensamiento automático impuesto por nuestra cultura, están sometidas a numerosos *sesgos* que distorsionan la realidad.

Así pues, en ocasiones los problemas se vuelven más graves de lo que en realidad son porque se tienen unas ideas de la vida que no siempre son acertadas:

“La realidad no en sí misma buena o mala, la interpretación que hacemos de ella la hace de una u otra forma”.

En nuestra interpretación de la realidad influye nuestro pasado, las situaciones que hemos vivido y la interpretación que hemos hecho de ellas. Y el pasado no existe, lo que existe es la memoria del pasado. *Creamos nuestra realidad y nuestro pasado y somos esclavos de la realidad que nos formamos.*

Si cambiamos la interpretación del pasado, si cambiamos el color de los cristales de las gafas a través del cual vemos el mundo, seremos mentes activas y buscaremos pensamientos menos sesgados por la cultura, que nos ayuden a ser un poco más objetivos.

Según lo dicho, se expondrán algunas de las creencias irracionales que tenemos, posteriormente cómo es nuestro procesamiento de la información, y por último qué errores cometemos al interpretarla.

Creencias Irracionales:

- ✗ *Un adulto tiene la absoluta necesidad de ser amado y aprobado por casi todas las personas que le rodean en casi todo lo que hace:*

Aunque es deseable ser amado, es cuestionable su necesidad. Aunque 99 nos amaran y nos aceptaran, siempre existirá la persona 100 o 101 que no lo hará. Es imposible que seamos siempre simpáticos, y debido a nuestras diferencias individuales nos gustarán más unas personas que otras y seremos gustados más por unas personas que por otras.

- ✗ *Una persona tiene que conseguir plenamente todo lo que emprende:*

No tiene sentido el estar comparándose de forma envidiosa con los logros de los demás, puesto que no se tiene ningún control sobre el comportamiento de ellos sino sólo sobre el de uno mismo. Además el concentrarse en la creencia de que se debe tener éxito y ser competente a menudo aparta al individuo de un objetivo importante que es vivir feliz. Debemos concentrarnos en disfrutar, no sólo en el resultado sino en el proceso de lo que se hace.

- ✗ *Algunas personas son ruines, malas y merecen ser duramente censurados y castigados por sus faltas:*

Una mala acción no hace mala a una persona.

- ✗ *Es terrible, catastrófico e insoportables que las cosas no marchen como uno desea:*

Siempre que sea posible, se debe intentar sacar el máximo provecho de las situaciones negativas, aprender de ellas, aceptarlas como un desafío o integrarlas de forma útil en la vida.

- ✗ *Las desdichas de los seres humanos vienen del exterior. Los seres humanos son relativamente incapaces de deshacerse de sus penas y de sus aflicciones:*

La mayoría de las agresiones que vivimos son ataques psicológicos cuya capacidad de hacer daño es mínima o no existe, a no ser que se crea "erróneamente" que pueden dañar o nos dejemos perjudicar.

- ✗ *Puesto que una cosa es o puede ser peligrosa, es inevitable que los seres humanos se preocupen profundamente de ello y se atormenten sin descanso por tal motivo:*

Aunque es sabio prever la posibilidad de un peligro no lo es estar ansioso, tener miedo, y a menudo impide ser eficaz de prevenir o enfrentarse a un hecho real. La mayoría de las preocupaciones no las causan peligros externos sino las respuestas a nuestras preguntas internas: “¿Y si pasa esto?” Nuestros miedos irracionales son ayuda a evitar los peligros.

✕ *Es más fácil eludir las dificultades y las responsabilidades que hacerles frente con la disciplina de uno mismo:*

La confianza en uno mismo surge de hacer algo, nunca de evitarlo. El malestar que supone la evitación es 10 veces mayor que el que uno se imagina que puede existir si de verdad se compromete a ello.

✕ *Nuestro pasado tiene una importancia capital y es inevitable que lo que nos ha afectado profundamente siga haciéndolo durante toda nuestra vida.*

La mayor felicidad se alcanza pasivamente, dejándonos vivir.

Éstas son algunas de las Creencias irracionales que tenemos en nuestra cultura y aunque no nos demos cuenta, están tan arraigadas que interfieren en todo lo que hacemos, y en las situaciones que vivimos.

Actividad 3

El propósito es demostrar la relación entre pensamientos, sentimientos y conducta a través del modelo A-B-C siguiendo la versión de Ellis. Los componentes de este modelo son:

A: Experiencia real de la vida del sujeto (acontecimiento activador).

B: Creencias que la experiencia anterior puede suscitar. Cómo se percibe el acontecimiento.

C: Consecuencia, que se corresponderá con el malestar emocional y/o conductual.

Se procede a verlo con un ejemplo:

A: Tu único hijo que aún vivía en casa se acaba de independizar.

B: “Ahora que voy a hacer, ya no tengo de quién cuidar, no sirvo para nada”

C: Sentimientos de tristeza y ansiedad. Aislamiento, reducción de actividades, etc.

En sentido más positivo:

B: “Ahora es el momento para disfrutar más de mi tiempo libre y de mi pareja y de hacer todas aquellas cosas que durante estos años no he podido”.

C: Sentimientos de alegría, sensaciones de paz y tranquilidad. Planificación de actividades.

Así, ante un mismo hecho se producen sentimientos y comportamientos diferentes. En el primer caso, B (“Ahora que voy a hacer, ya no tengo de quien cuidar, ya no sirvo para nada”) causa unas alteraciones emocionales y conductuales. Por tanto, B es una creencia irracional, muy arraigada en nuestra cultura, en donde se considera que la principal función de la mujer es procrear y cuidar de los hijos. Más adelante, cuando se expongan las Distorsiones cognitivas que propone Beck se analizarán los contenidos erróneos que tiene este pensamiento.

El esquema A-B-C viene a decir que A (acontecimiento activador) no causa directamente C (consecuencia emocional y/o conductual), sino que C es causado por B (creencias acerca de A). B son por tanto las Creencias Irracionales, objetivo de cambio para eliminar el malestar emocional (ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, ira...) y las alteraciones conductuales (llorar, gritar, aislamiento...).

A continuación, se propone una situación:

“En un concurrido concierto de ópera, una mujer se levanta de repente, da una bofetada al hombre que está junto a ella y sale corriendo hacia la salida”. Se les pregunta a las mujeres que pensarían en esta situación y se va apuntando en la pizarra para que vean la diversidad de pensamientos que pueden surgir de un mismo suceso.

“¿Qué ha pasado entre ambos? No lo sabemos. Cada persona que ha visto la escena reacciona a su forma. Una mujer se sobresalta, un adolescente se encoleriza, un hombre maduro empieza a deprimirse, un asistente social tiene una sensación agradable. ¿Por qué el mismo suceso provoca tan diferentes emociones entre la audiencia?. Se examinan los pensamientos de cada observador:

La mujer asustada pensó “ en casa siempre la debe de estar molestando y no ha podido aguantar más”, imaginando los detalles de una paliza brutal y recordando todas las veces que ella ha sido maltratada. El adolescente colérico pensó “el sólo quería un beso y ella le ha humillado. Pobre tío, realmente es una perra”. El hombre maduro pensó “ahora ya la ha perdido y nunca volverá a verla”, mientras veía la cara de su esposa llena de cólera. La asistente social sintió un placer agradable porque pensó “se lo ha ganado, ¡ qué mujer más fuerte! Quisiera que algunas mujeres más tímidas que conozco hubieran visto esto”.

En cada caso, la emoción del observador fue una consecuencia de los pensamientos. El suceso fue interpretado, juzgado y etiquetado de tal forma que era inevitable una respuesta emocional particular. Todas las personas están continuamente describiéndose el mundo a sí mismas. Hacen interpretaciones de lo que ven y oyen, juzgan los sucesos como buenos y malos, temibles o agradables, predicen si pueden ocasionarles algún peligro o una seguridad relativa.

Actividad 4

Se abordan los errores más frecuentes que se cometen en las interpretaciones y los juicios que hacemos sobre los hechos. Y se ponen ejemplos.

✕ Sobregeneralización: Por una situación concreta se piensa que siempre ocurrirá.

Por ejemplo:

”Mi marido me ha dicho que estaba muy mala la comida – a nadie le gusta mi comida.”

Debemos olvidar términos del tipo: todo, nada, nadie, el mundo entero, en ningún lugar, siempre, nunca, etc.: intentad expresar las situaciones del modo más concreto posible.

Ej. "No gusto a nadie, le caigo mal a todo el mundo, nunca tendré amigos, nadie me invita a ninguna parte". Hay que pensar si tenemos prueba alguna sobre estas afirmaciones y decir: ¡basta ya! No he conocido a todo el mundo, parece que desagrado a algunas personas, pero a otras les agrado bastante, por lo tanto tengo algunos amigos.

- ✗ Etiquetamiento (o designación global): Consiste en etiquetar a las personas o a las cosas sin analizar a la persona en todos sus aspectos.

“Soy una fracasada, mi casa es una cuadra, el hijo del vecino es un sin vergüenza”

Son palabras que solemos usar para describirnos o al menos hablar de nosotras u otras personas de un modo negativo: estúpida, desgraciada, fea, gorda, perezosa, desagradable etc. Debemos ser más específicas, ya que estos términos nos estamos refiriendo sólo a una parte de nosotras mismas o a una experiencias concretas.

Ej. *“ No estoy gorda, sino que peso 8 kilos más de lo que debiera ”.*

- ✗ Filtrado (o abstracción selectiva): De toda la realidad sólo captas algunas cosas de la realidad, y suelen ser las cosas negativas.

“Se va de vacaciones una semana y por un día que discute con su marido todo ha ido mal”.

Hay que buscar un equilibrio, si tendemos a buscar las pérdidas y dificultades que hemos tenido en la vida, hay que construir refutaciones que nos digan todas las cosas buenas que hemos hecho y conservado. Podemos utilizar frases como: Hay que verlo todo para opinar, puedo haber perdido cosas en mi vida pero aún tengo muchas otras, esta derrota puede servirme para recordar las victorias, en la vida hay algo más que dolor.

Ej. Sales de casa un día por la mañana y piensas que una amiga está enfadada porque no le ha traído un regalo de tu lugar de vacaciones, piensas que el dependiente de la frutería se ha irritado porque no le has dado el dinero exacto. Debes plantearte que no tienes por qué predecir el rechazo, y has de analizar bien la situación, Quizás tu amiga no está enfadada contigo sino con su pareja, aunque el dependiente se mostrara desagradable es igual, no tiene por qué agradarte. Lo importante es que nos agradamos a nosotras mismas.

- ✗ Pensamientos dicotómicos “todo o nada”: Pensamientos en el que las cosas son buenas o malas, ocurren siempre o nunca. Pero realmente no ocurren siempre, sólo algunas ocasiones, las cosas no son buenas ni malas. Considerar como fracaso cualquier logro que no corresponda a las expectativas máximas que tienes.

”Si no puedo resolver este problema soy una inútil.”

No debemos describirnos la vida en términos absolutos, hay que ser más concreto con los matices de cada situación. Hay muchos grados para lo malo y para lo bueno.

Ej. Una persona que piensa que en su trabajo es completamente competente o no lo es, si alguna ocasión se retrasa ya piensa que es un desastre, y que es completamente impuntual. Debe plantearse, a veces eres muy competente, nunca eres totalmente incompetente, todos cometemos errores y es algo muy normal.

✕ Autoacusación y personalización: Consiste en echarse la culpa de todo, tenga o no tenga la culpa, y atribuir toda la causalidad de lo negativo a uno mismo en exclusiva.

”que a mi hija menor no le vaya bien en la Universidad, es porque no me he implicado demasiado en sus estudios”

Debemos plantear los hechos sin juzgarnos a nosotras mismas, usando afirmaciones que nos animen: todo el mundo comete errores: es humano ¡no más culpas! No soy responsable de los demás, voy a aceptar las consecuencias de mis actos pero no me voy a culpabilizar de mis antiguos errores, siempre hago lo que puedo...

Ej. María se echa la culpa de todos sus problemas y de los de sus hijos y su marido: se echa de culpa de que su hijo mayor no consiga empleo, de que su marido esté deprimido... Siempre piensa ” es mi culpa” y acto seguido aparecían muchos sentimientos de culpa, ansiedad y depresión. Para combatir esto, escribió una especie de charla mental: no es culpa tuya, deja de insultarte, la pena y la culpa te quitan fuerzas, tu hijo es un gran chico deja que se ocupe de su vida, apóyalos y deja de torturarte”.

✕ Lectura de pensamiento: Consiste en pensar que sabemos qué piensan los demás y cómo se sienten.

“mi marido viene con mala cara – está enfadado conmigo”

Debemos de nuevo ser lo más específicas y concretas posible, únicamente centrarnos en los hechos que conocemos. La única forma de conocer la opinión de los demás es preguntándosela, no supongas nada, compruébalo.

Ej. Pilar pensaba que su hija la odiaba porque discutían con frecuencias, que pensaba que era una auténtica analfabeta porque no tenía estudios superiores, se sentía ansiosa y alterada cuando veía a su hija. Pilar se planteó ¡para ya! ¿Le has preguntado alguna vez por qué esta de mal humor? ¿Has hecho algo para que ella te odie? , Es una pérdida de tiempo imaginarme cosas que no sé si son correctas.

✕ Razonamiento emocional: Consiste en pensar en las cosas según se siente, no como realmente son.

“ en una época en que me encuentro más triste, pienso que soy inútil”

No debemos dejar llevarnos por nuestras emociones, sino razonar las situaciones.

Ej. Marta es una mujer dominada por sus sentimientos, leía una noticia sobre un accidente y pensaba en su muerte, sentía tristeza y pensaba que su vida no valía mucho, así que merecía perderla; en ese momento alguien le pregunta qué tal le iba, y ella pensó que estaba riéndose de ella y reaccionó con muy mal humor. Del mismo modo pensaba que nunca podría pagar sus facturas y que le quitarían su casa. Siempre actuaba así, sintiéndose desgraciada y aturdida, sin saber por qué. Lo que hizo fue construir pensamientos que podían explicar sus emociones: los pensamientos pasarían dentro de un rato, ya que no son hechos, los sentimientos van a cambiar cuando pienso en otro modo.

✕ Deberías : Consiste en ser dirigido por pensamientos cómo ”debería” ”tengo que”, que hacen inviables otras opciones y cierran la posibilidad de orientarse hacia otras conductas alternativas, pensar que algo o alguien debería ser distinto de lo que es.

”debería cuidar a mis nietos cuando me lo pida mi hija, es el deber de una abuela, tenga ganas o no tenga ganas”

Podemos preguntarnos si en realidad tiene razón la voz interior que nos dice ”debería”. Somos personas adultas y libres y en esta etapa de nuestra vida tenemos el derecho sólo a hacer lo que

nos parezca bien y si estamos en una situación difícil, no nos va a ayudar pensar que no es justo y que la situación debería ser diferente.

Ej. Ana se siente muy deprimida y solitaria después del fallecimiento de su marido, hace 5 años; no sale con amigos, ni pide a sus hijos que le visiten más a menudo. Piensa que la vida es injusta, piensa que debería haber pasado muchos más años junto con su marido; sus hijos deberían entender que se siente sola, sin que ella se lo diga. Al final Ana se da cuenta que su vida debería haber sido diferente. Si ella no hace algo para cambiar su situación no va a conseguir sentirse mejor.

Actividad 5

Tarea para casa: Autorregistros para que practiquen la técnica de identificar y controlar pensamientos irracionales; anotar el grado de malestar que estos pensamientos provocan. En la otra columna intentar cambiar los pensamientos distorsionados por pensamientos alternativos y anotar el grado de malestar después.

Fin de la sesión.

SESIÓN 8: IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DE PREOCUPACIONES EXCESIVAS Y CREENCIAS IRRACIONALES II

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESION	CONTENIDO	DURACIÓN
8	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Controlar pensamientos negativos. Aprender a desmontar y modificar las ideas irracionales por pensamientos racionales. Buscar alternativas. Parada de pensamientos negativos recurrentes.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa. 2. Enseñar cómo desmontar las respuestas cognitivas inadecuadas. 3. Explicación y puesta en práctica de la técnica de parada de pensamientos distorsionados. 4. Realización de ejercicios escritos, donde se debe sustituir el pensamiento irracional que se les plantea, por otro racional.</p>	90 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Controlar pensamientos negativos.
- ✓ Aprender a desmontar y modificar las ideas irracionales por pensamientos racionales.
- ✓ Buscar alternativas.
- ✓ Parada de pensamientos negativos recurrentes.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

En la sesión anterior se habló de las creencias irracionales y cómo nos afectan en nuestro modo de sentir y actuar. Se enseñó a identificar dichas creencias. En esta sesión el objetivo es enseñarlas a controlar sus pensamientos negativos automáticos, bien a través de la parada de pensamiento y/o de otro método basado en la búsqueda de argumentos que den evidencia a favor y en contra de tales pensamientos, para que se den cuenta por sí mismas de los sesgos de sus ideas. Se buscarán también alternativas, aunque este apartado se trabajará con mayor profundidad en la sesión 9 con la técnica de Solución de Problemas.

ACTIVIDADES

1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa.
2. Enseñar cómo desmontar las respuestas cognitivas inadecuadas.
3. Explicación y puesta en práctica de la técnica de parada de pensamientos distorsionados.
4. Realización en la sesión de ejercicios escritos donde deben sustituir el pensamiento irracional que se les plantea por otro racional

MATERIAL

- ☞ Transparencia, pasos que se han de seguir para desmontar una idea irracional
- ☞ Material que se entregará al grupo de mujeres
- ☞ Ejercicios escritos que han de realizar en la sesión
- ☞ Resumen de la sesión 7

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Se comenzará explicando que el objetivo de esta sesión es enseñarlas a controlar los pensamientos negativos que les crean malestar. Para ello, se verá cómo se desmontan tales pensamientos, se buscará qué evidencia tienen, tanto a favor como en contra. Posteriormente, se mostrará cómo se pueden buscar otros pensamientos más adecuados que nos hagan sentirnos mejor. Por último se verá otra técnica conocida como Parada de Pensamiento que nos ayudará a controlar los pensamientos negativos recurrentes que no conseguimos apartar de nuestro pensamiento. Se pretende que las técnicas que se enseñen en esta sesión sean empleadas de forma complementaria.

A continuación se recogerán los autorregistros de pensamientos que se habían solicitado que rellenaran en la sesión 2.

Actividad 2

Anteriormente se vio cómo los pensamientos irracionales influyen en nosotros y cómo se relacionan con nuestros sentimientos y comportamientos. Esta actividad se centrará en controlar los pensamientos negativos mediante los siguientes pasos:

1- Señal: Sentimiento.

2- ¡Para!

3- Detectar el pensamiento irracional:

¿Qué pasó por mi cabeza justo antes de empezar a sentirme de este modo?

¿Cuál es el acontecimiento desencadenante?

¿Cuál es la idea irracional?

¿De qué tipo?

4- ¿Cuál es la evidencia de este pensamiento irracional?. Se buscará la evidencia a través de dos caminos distintos (se mostrará cada forma con un ejemplo diferente):

Discutir el pensamiento por medio de preguntas que cuestionen la validez del pensamiento. Las psicólogas adoptarán el papel de abogado del diablo, se les pedirá al grupo que den razones y convenzan de que su punto de vista es insostenible. Descubrirán por sí mismas los sesgos de sus ideas.

5- ¿Qué puedo hacer?. Buscar alternativas. Este apartado se trabajará más a fondo en la sesión 9 con la técnica de Solución de Problemas.

A continuación se hará una “lluvia de ideas”. Las psicólogas preguntarán al grupo qué creencias irracionales tienen; se preguntará también por los pensamientos que hayan anotado en los autorregistros. Se tomarán como ejemplo uno o dos pensamientos irracionales y se desmontarán siguiendo los pasos que se acaban de mencionar.

Actividad 3

Las psicólogas piden al grupo su opinión sobre si el pensamiento se puede parar. Cuando estén hablando, dan un golpe o una palmada muy fuerte. Preguntar: “Entonces, ¿Qué ha pasado? ¿Se han cortado vuestros pensamientos?”. Con este breve ejemplo se demuestra a los sujetos que el pensamiento se puede parar.

Hasta ahora se ha aprendido a modificar los pensamientos que se han detectado como irracionales y se han cambiado por pensamientos más racionales y adecuados a la situación. Pero hay ocasiones en las que esta técnica no es suficiente y lo que se quiere hacer no es tanto modificar los pensamientos inadecuados, sino hacerlos desaparecer.

“Por ejemplo, imaginemos que al día siguiente me tienen que realizar una pequeña operación, los médicos me han garantizado que no puede haber ningún tipo de complicación, aún así estoy continuamente pensando lo peligrosa que es y que me voy a morir y cosas por el estilo. Aunque lo "desmonto" y soy consciente de que es un pensamiento irreal y absurdo, no puedo quitármelo de la cabeza y viene a mí una y otra vez como si fuese la típica canción de verano que no se nos va de la cabeza. Lo único que deseo es que DESAPAREZCA ese pensamiento ya que en este momento estoy en la cama y necesito dormir”.

TÉCNICA PARADA DE PENSAMIENTO

Esta técnica se utiliza para aquellos pensamientos que son automáticos, repetitivos y que no nos sirven para nada. Suelen ir acompañados de un estado emocional alterado y éste nos sirve como señal para detectarlos.

¿Cómo utilizar esta técnica? : Comprobar que hay cosas que interrumpen nuestro pensamiento. Como se ha visto en el ejercicio inicial de la sesión, la palmada fuerte ha cortado la participación de las participantes y los pensamientos que en ese momento tenían; se les explica que también en la vida cotidiana esto ocurre: un timbre de la puerta o del teléfono, un ruido, un frenazo de un coche..., es decir, casi toda estimulación externa más o menos intensa puede producir una interrupción de nuestro pensamiento.

La técnica de *Parada de Pensamiento*, se basa en esta premisa y trata de encontrar la manera de que nosotros podamos autoproducirnos el mismo efecto en nuestros pensamientos que el producido por un estímulo externo. Para ello, nos ayudaremos al principio de algún estímulo externo que podamos controlar, como por ejemplo, una palmada, un pellizco, un apretón de puños, al que intentaremos asociar una palabra para conseguir que la sola palabra cause el mismo efecto que el estímulo. Es decir se unirá repetidas veces la palabra a un estímulo fuerte.

El procedimiento sería el siguiente:

- Elegir una palabra que indique acción de parar algo: basta, para, vale, stop, ya...
- Elegir un estímulo externo que podamos utilizar fácilmente, una palmada, un pellizco...
- Cuando tengamos un pensamiento que queramos interrumpir, nos decimos en voz alta la palabra elegida e inmediatamente utilizamos el estímulo externo que así mismo hemos elegido. Es importante que siempre sea la misma palabra y siempre sea el mismo estímulo.
- Esta fase hay que practicarla un número elevado de veces para que se asocie la palabra al estímulo.
- Cuando aparezcan los pensamientos que queramos cortar, pensemos en la palabra elegida y utilicemos el estímulo externo. También es necesario hacer muchos ensayos de esta fase para garantizar que el pensamiento de la palabra se va a asociar fuertemente al estímulo externo.
- El simple hecho de pensar en la palabra interrumpe los pensamientos inadecuados porque ha adquirido el mismo poder distractor que el estímulo externo.

Los pensamientos de este tipo son parecidos a una bola de nieve, que cuanto más tiempo esta rodando más grande se va haciendo. Los pensamientos, cuando aparecen en la cabeza son todavía pequeños, pero si les dejamos rondar un tiempo, crecen hasta hacerse imposibles de controlar, por eso es conveniente que se utilice esta técnica nada más detectar este tipo de pensamientos en la mente.

Otro punto importante a señalar es que estos pensamientos son muy difíciles de interrumpir por mucho tiempo y suelen volver una y otra vez después de que los paremos, ya que lo que hacemos con esa técnica es meter una cuña en esos pensamientos, interrumpirlos por un tiempo muy pequeño. Por eso necesitamos hacer algo más que nos ayude a que esos pensamientos no vuelvan a asaltarnos. Hay varias cosas que podemos hacer:

- Pensar en algo agradable, en alguien al que queramos o apreciemos, en algo que vayamos a hacer en un futuro próximo, unas vacaciones, una reunión de amigos..
- Podemos comenzar una actividad que necesite cierta concentración y nos distraiga de los pensamientos negativos: podemos leer, fregar, limpiar la casa, escuchar música, ver la tele, llamar por teléfono, etc.

- Podemos utilizar alguna otra técnica de control de estrés que antes no podíamos utilizar porque los pensamientos negativos nos tenían bloqueados y no se nos había ocurrido antes, como el desmontaje.

Actividad 4

Por último se les entregarán unos ejercicios en donde se propone una situación y el pensamiento irracional consecuente. Cada mujer debe plantear un pensamiento alternativo más adecuado, es decir, ha de escribir cuál sería el pensamiento racional y los tipos de errores cometidos. Se puede dejar un tiempo aproximado de 15 o 20 minutos para que realicen los ejercicios. Esta actividad es útil para observar las dificultades que el grupo puede presentar y aclarar dudas.

Pensamiento que me hace sentir mal	Error Cognitivo	Pensamiento Alternativo
Ejemplo: Mi hijo siempre llega más tarde de lo acordado. Hoy seguro no podré dormir esperándole hasta la madrugada.	Generalización Adivinación del Futuro	En muchas ocasiones se ha pasado de la hora, pero no siempre. Trataré de descansar lo mejor que pueda y no me preocuparé hasta que tenga un motivo real para hacerlo.

Fin de la sesión.

SESIÓN 9: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESION	CONTENIDO	DURACIÓN
9	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN:</p> <p>Dar a conocer y practicar una metodología para la solución de problemas.</p> <p>Aprender a identificar situaciones problemáticas en las que haya varias alternativas de solución, facilitando una amplia gama de posibles respuestas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta conveniente al problema.</p> <p>Explicar una de las formas para administrar el tiempo, identificando actividades prioritarias, estableciendo objetivos y dividiendo éstos en pasos a realizar para alcanzarlos.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Que es un problema?. Pasos de la técnica de solución de problemas. 2. Definir el problema. 3. Concretar los objetivos. 4. Búsqueda de alternativas. 5. Valoración de las consecuencias (ejercicio). 6. Puesta en práctica de la alternativa elegida. 7. Evaluación de los resultados. Técnicas de administración del tiempo. 8. Concluir la sesión y hacer un pequeño cierre del programa. 	90 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Dar a conocer y practicar una metodología para la solución de problemas.
- ✓ Aprender a identificar situaciones problemáticas en las que haya varias alternativas de solución, facilitando una amplia gama de posibles respuestas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta conveniente al problema.
- ✓ Explicar una de las formas para administrar el tiempo, identificando actividades prioritarias, estableciendo objetivos, dividiendo éstos en pasos a realizar para alcanzarlos.

PROCEDIMIENTOS Y CONTENIDOS

Es frecuente que la mayor parte de los problemas o las elecciones se vayan resolviendo mejor o peor; sin embargo, en algunos casos la falta de conocimiento y decisión para dar una solución acertada puede convertirse en un problema incluso mayor que el original. Esta situación de indecisión en la que no se encuentra una solución, suele facilitar la aparición de un serio

malestar crónico, ya que cuando las estrategias de afrontamiento fracasan aparece un sentimiento de indefensión que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones, disminuye la posibilidad de alivio, el problema empieza a parecer irresoluble y la ansiedad o la desesperación pueden llegar hasta niveles paralizantes.

A veces, se puede convertir una situación en problemática si se utiliza una respuesta que parece eficaz en un primer momento pero que finalmente resulta ser desastrosa.

La sesión empezará explicando lo que se puede considerar un problema y como se debe reaccionar ante la posibilidad de que exista.

A continuación se explicará la Técnica de Solución de problemas y se expondrá paso a paso cada una de las fases progresivas de la técnica, incluyéndose un ejemplo práctico de cada una de ellas e intentando buscar ejemplos propios de las participantes, para que sea más ilustrativo.

Las múltiples actividades que se deben realizar se pueden convertir en verdaderos problemas. Es por ello que se incluye la técnica de administración de tiempo, ya que se vive de manera apresurada y las cosas se realizan a ultima hora, momentos en los que se maneja altos niveles de ansiedad, preocupación y no permiten pensar bien ni actuar de manera asertiva, debido a la mala planificación. Es importante buscar alternativas y establecer prioridades para que controlar el tiempo, por lo cual enseñaremos una técnica para administrarlo.

ACTIVIDADES

1. ¿Que es un problema? : Pasos de la técnica de solución de problemas.
2. Definir el problema.
3. Concretar los objetivos.
4. Búsqueda de alternativas.
5. Valoración de las consecuencias (ejercicio).
6. Puesta en practica de la alternativa elegida.
7. Evaluación de los resultados.
8. Técnicas administración de tiempo.
9. Concluir la sesión y hacer un pequeño cierre del programa.

MATERIAL

- ☞ Transparencia “Pasos a seguir para solucionar un problema”
- ☞ Transparencia “Conseguir una buena disposición”
- ☞ Transparencia “Definir el problema y concretar el objetivo”
- ☞ Transparencia “Buscar alternativas de solución”
- ☞ Transparencia “Toma de decisiones (valorar y decidir)”
- ☞ Transparencia “Poner en práctica la alternativa elegida y evaluar los resultados”
- ☞ Transparencia “Técnica de administración de tiempo”
- ☞ Transparencia “Técnicas para ganar tiempo”
- ☞ Transparencia “Superar la indecisión”

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Antes de desarrollar la técnica de resolución de problemas hay que qué es lo que llamamos un problema:

Se considera un problema a todo aquello que haga sentir mal, ya sea algo que esté fuera o dentro de uno. Por ejemplo, si mi vecino pone la música y me molesta, tengo un problema o si siento continuamente tensión en la cara y frente, tengo un problema, o si me pongo colorado cada vez que hablo en público, tengo un problema.

Además, tendremos en cuenta aquellos comportamientos que tengan consecuencias negativas para nuestra vida, aunque aparezcan a medio o largo plazo y no de forma inmediata. Por ejemplo, si discuto con facilidad en mi casa, cuando aparezca un problema, puede que a corto plazo no tenga tanto perjuicio, pero a largo plazo, probablemente no cuenten conmigo para tomar una decisión y me sienta enfadada o triste a menudo...

O, si por ejemplo, tengo debilidad en los huesos, y además sé que por herencia tengo predisposición a padecer de osteoporosis, tengo un problema, y si no me enfrento a él a corto plazo, a largo plazo será más difícil de resolver.

La valoración de los problemas es subjetiva. Lo que para unos no es problemático para otros puede serlo, pero para todo el mundo los problemas son la mayor fuente de estrés. Si nunca hemos aprendido como enfrentarnos a ellos o como solucionar situaciones complicadas probablemente nos estresaremos con facilidad viendo como los problemas se acumulan o se resuelven de mala manera.

Por tanto, la incapacidad para resolver problemas es frecuentemente una causa de ansiedad. Los problemas a los que no se encuentra solución desembocan en un malestar crónico. Cuando las estrategias de enfrentamiento ordinarias fracasan aparece un sentimiento de indefensión, disminuye la posibilidad de alivio y aparece la ansiedad y el estrés.

Las dificultades a la hora de resolver problemas pueden estar en:

- × Incorrecta definición.
- × No separar adecuadamente un problema de otro, pretendiendo abordar varios a la vez.
- × Cuando se buscan alternativas se pone en práctica la primera que a corto plazo resulta mas cómoda o la primera que se nos ocurre.
- × Eludir el problema, evitarlo o escapar de él.
- × Esperar a que el tiempo lo resuelva.

En esta parte del Programa se abordará una forma de enfrentarse a ellos con éxito y elegir la alternativa más positiva para solucionarlos. Y por lo tanto, rebajar o eliminar el estrés que nos produzca.

Además de identificar los problemas es muy importante *definirlos* claramente, buscar alternativas de solución y valorarlas adecuadamente antes de llevarlas a cabo. Esta técnica consta de los siguientes pasos:

1. Definir el problema y concretar el objetivo
2. Buscar alternativas de solución.
3. Valorar las consecuencias.
4. Poner en práctica la alternativa elegida
5. Evaluar los resultados.

Actividad 2

Definir el problema y concretar el objetivo:

Para resolver un problema lo primero que hay que hacer es definirlo de forma adecuada, es decir, hay que describir que pasa objetivamente, ciñéndonos a los hechos. Este paso es el primero que hay que dar y aunque parezca obvio o fácil, no siempre lo es y es conveniente tener claro ciertos puntos:

- ✓ Tenemos que solucionar los problemas DE UNO EN UNO, hemos de evitar enlazar unos problemas con otros. Tendremos que quedarnos con el que más nos urja solucionar y, posteriormente, cuando lo hayamos solucionado, ya pasaremos al siguiente problema.
- ✓ Además hemos de tener cuidado de NO GENERALIZAR y concretar al máximo. Es decir, qué es lo que nos hace sentir mal o qué es lo que queremos que cambie.

Actividad 3

Una vez que el problema está bien definido hay que establecer claramente *cuál es el objetivo*. El objetivo ha de ser la situación que primero habremos de resolver para que desaparezca el problema.

Ejemplo:

Definición correcta: “Mi problema es que mi pareja llega todas las noches bebido y acabamos discutiendo”.

Definición incorrecta: “Mi problema es que mi pareja esta desequilibrada, es un borracho y no me entiende nunca”.

En la primera definición es fácil concretar el objetivo: “Conseguir que mi pareja no beba por las noches”. El objetivo va a facilitar la búsqueda de las alternativas, ya que dará una pista de cuales han de ser más válidas y nos permite aclarar qué es lo que queremos. En muchos casos la definición del problema coincide con el objetivo.

Estrategia: Se utilizará la pizarra para exponer una serie de enunciados de problemas y las participantes han de decir si están bien o mal definidos y cuál podría ser el objetivo de cada uno de ellos.

Ejemplo:

Mi problema es que ayer discutí con mi pareja y hoy con mi mejor amigo.

Mi problema es que no ligo nada y soy horrible.

Mi problema es que soy depresivo.

Mi problema es que el mundo es un absurdo

Mi problema es que todo el mundo parece estar en contra mía

Mi problema es que peso 5 kilos más de mi peso ideal.

Mi problema es que no tengo trabajo.

La definición correcta que nos lleva al objetivo sería...

(+) "Mi problema es que ayer discutí con mi pareja y hoy con mi mejor amigo"

(-) "Mi problema es que el chico que me gusta del trabajo apenas me mira y me siento fea".

(-) " Mi problema es que a veces me siento muy triste cuando discuto con alguien"

(-) "Mi problema es que mi madre y yo no nos entendemos porque es de otra generación y mi padre no nos ayuda a entendernos mejor"

(-) "Mi problema es que he estado toda la mañana en la cocina haciendo la comida, y a las dos de la tarde mi hijo me ha dicho que no viene a comer a casa y no sé si mi marido vendrá porque se queda muchos días en el trabajo sin avisarme"

(+) "Mi problema es que peso 5 kilos más de mi peso ideal.

(+) "Mi problema es que no tengo trabajo"

Son definiciones porque nos llevan al objetivo que queremos conseguir. Como sería:

Discutir menos.

Intentar que el chico del trabajo me conozca y tratar de sentirme más bonita.

Conseguir no sentirme tan triste cuando discuta con alguien y tratar de negociar con esa persona.

Conseguir que mi madre me entienda un poco mejor y negociar con mi padre que nos ayude a entendernos.

Conseguir que mi hijo y mi marido me avisen con suficiente tiempo de antelación si no van a venir a comer.

Conseguir reducir 5 kilos de mi peso.

Buscar trabajo.

Actividad 4

Búsqueda de alternativas

A las distintas formas que tenemos de solucionar un problema las llamaremos ALTERNATIVAS. Por tanto, cuantas más “formas” descubramos o pensemos, más posibilidades tendremos de encontrar entre alguna de ellas la que pueda resolver con éxito las situaciones.

Así pues, hay que pensar en todas las alternativas que se nos ocurran, incluidas también las que nos parezcan disparatadas, ya que muchas veces, precisamente, esas alternativas más “tontas” o simples pueden ser las más adecuadas para resolver el problema. Esto es lo que llamamos una TORMENTA DE IDEAS.

Una vez que tengamos todas las alternativas hay que hacer una primera selección; la selección consistiría en desechar las que a simple vista no se pueden poner en práctica y las que tengan unas consecuencias negativas muy notables.

Ejemplo: “Muchos días no puedo comprar el pan porque cuando llego ya se ha vendido todo”

Alternativas:

Cambiar de panadería

Pegarme con la panadera hasta que me saque una barra.

Hablar con la dueña para que me guarde una barra

No comer más pan.

Que una amiga me coja todos los días la barra de pan a las 9 de la mañana.

En el ejemplo de la panadería, la alternativa " pegarme con la panadera" se desecharía porque no puede llevarse a cabo y lo rechazaríamos por las claras consecuencias negativas tanto a corto como a largo plazo.

Después de hacer esta selección quedarían las restantes alternativas que a primera vista parecen más o menos adecuadas. Hay que tener cuidado de no elegir la que nos parezca la mejor en un primer momento, por ser la primera que acabe con la situación, puesto que puede que a medio y largo plazo tenga unas consecuencias negativas importantes.

Por ejemplo si no queda pan cuando llego a la panadería, y me pongo a pagarme con la panadera hasta que me dé una barra de pan, que la haga o que me dé la suya. Esta alternativa resuelve mi problema de forma inmediata, es decir, lograr la barra. Sin embargo, es muy probable que después tenga problemas con la panadera y con la policía.

Por tanto es importante que valoremos las consecuencias positivas y negativas de todas las alternativas antes de elegir una. Esto se va a explicar en el siguiente punto.

Actividad 5

Valoración de las consecuencias

Como ya se ha dicho, para elegir adecuadamente las alternativas, hay que valorar las consecuencias a corto y a largo plazo de cada una de ellas. Además, para ser más precisos, cada una de las consecuencias se valorarán de 0 a 10.

Por ejemplo de la alternativa “hablar con la dueña para que me reserve una barra de pan” se desprenden varias consecuencias:

- ✓ Posibilidad de conseguir una barra de pan sin problemas.
- ✓ Satisfacción personal por negociar adecuadamente las cosas.

Las dos consecuencias son positivas para mí pero la segunda puede ser más importante, por tanto le daré un valor de 8 y a la primera uno de 7, porque es un poco menos positiva para mí.

Esta escala de 0 a 10 es totalmente personal y subjetiva, el 10 sería la consecuencia máxima, si es positivo lo más positivo y si es negativo lo más negativo. Siguiendo con el ejemplo de la panadería:

Ejercicio:

Si comparamos el valor positivo y negativo de cada alternativa obtendremos un nuevo valor que será lo que valga cada una de ellas. Las alternativas con mayor puntuación positiva serán las mejores y las que habremos de elegir y poner en práctica. Si salieran valores positivos muy bajos coger el mejor.

Estrategia: Con ayuda de la transparencia se irán dando valores a las diferentes alternativas del ejemplo de la panadería. Y se irán anotando las puntuaciones en la pizarra hasta llegar a la valoración de la mejor alternativa.

Si por alguna cuestión salieran todas las alternativas negativas habría que cuestionarse la definición del problema.

Actividad 6

Puesta en práctica de la alternativa elegida.

La alternativa que elijamos la plantearemos como una meta.

La primera condición para planificar una meta es dividirla en submetas. Estas a su vez tendrían las siguientes características:

- ✓ Que sean REALIZABLES. Esto quiere decir que la realización de la submeta depende de uno mismo.
- ✓ Que sean OBSERVABLES. Que se pueda ver objetivamente lo que queremos conseguir, que todo el mundo sepa a que nos referimos.
- ✓ Que tengan FACILITADORES para cada submeta. Hemos de procurar al máximo su realización.
- ✓ Que haya un PLAZO DE TIEMPO para realizarla y revisarla.

Si hemos conseguido lo propuesto hemos de planificar un “premio” por el esfuerzo realizado. Además nos podemos comprometer con alguien y pedir ayuda en caso de que sea necesario. Es importante facilitar al máximo la realización de la meta.

Actividad 7

Evaluación de los resultados

Si después de todo hemos conseguido lo que queríamos hemos de premiarnos por el logro. De esta manera la próxima vez que tengamos que hacer un esfuerzo no nos resultará tan costoso si pensamos que después habrá una recompensa.

¿Qué ocurre si no conseguimos resolver el problema? Habrá que ver dónde hemos cometido el error. Es posible que hayamos definido mal el problema o tal vez no hemos elegido la alternativa correcta o hemos fallado en la puesta en práctica. Una vez detectado el fallo empezaremos de nuevo con el procedimiento de resolución de problemas.

Actividad 8

En esta actividad se enseñará los 5 pasos de la técnica de administración de tiempo

1. Identificar las actividades que se realizan:

Esto se puede hacer mediante autorregistro. También se puede realizar una lista de objetivos (actividades a realizar). Los objetivos deben ser realistas y tiene que estar definidos objetivamente.

2. Establecer prioridades:

A corto plazo (a 1 semana)

A medio plazo (a 3 semanas)

A largo plazo (a partir de 3 semanas)

3. Desglosar objetivos:

Dividir los objetivos en pasos a realizar (submetas)

4. Técnicas para ganar tiempo:

Reglas obligatorias para ganar tiempo:

- ✓ Aprender a decir “NO” a los objetivos no prioritarios.
- ✓ Ignorar los objetivos secundarios de las listas, hasta completar los objetivos prioritarios.
- ✓ Incluir en el horario tiempo para imprevistos e interrupciones.
- ✓ Destinar distintos momentos del día a descansar.

Reglas opcionales para ganar tiempo:

- ✓ Delegar en otro las tareas no prioritarias.
- ✓ Evitar lo que pueda distraer el realizar las tareas prioritarias.
- ✓ Reducir actividades improductivas.
- ✓ Levantarse media hora o una hora más temprano.
- ✓ Olvidar perfeccionismo: Sólo hacer las cosas.
- ✓ Aprender a hacer dos cosas a la vez (tareas automáticas).

5. Toma de decisiones.

Después de habernos administrado el tiempo, lo que tenemos que hacer es:

- ✓ Señalar la fecha en que se realizará lo decidido.
- ✓ Responsabilizarnos de cada aplazamiento que hagamos.
- ✓ Aumentar la resistencia a la acción (exagerar las tareas que interfieren hasta el aburrimiento).
- ✓ Utilizar las normas automáticas para decir en situaciones poco importantes.

- ✓ Aprender de tareas fáciles (pasos, graduación en las tareas).
- ✓ Acabar las tareas.

Actividad 9

Como tarea para casa se les pedirá que pongan en práctica lo aprendido y que para la última sesión piensen en que les ha servido el programa de prevención y tratamiento en menopausia.

Fin de la sesión.

SESIÓN 10: EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO Y DESPEDIDA DEL PROGRAMA

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESION	CONTENIDO	DURACIÓN
10	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Evaluar la eficacia del programa de intervención psicológica. Cerrar el programa.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Aplicación de los cuestionarios de evaluación: HADS, Índice de Kupperman y Cuestionario de Calidad de Vida. 2. Valoración subjetiva del programa de intervención 3. Entrega de recetas saludables.</p>	90 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- ✓ Evaluar la eficacia del programa de intervención psicológica.
- ✓ Cerrar el programa.

ACTIVIDADES:

Actividad 1

Se vuelve a aplicar el Cuestionario de Calidad de Vida, HADS e Índice de Kupperman y Blatt.

Actividad 2

Se mostrará de forma resumida como recordatorio un esquema de los temas abordados en las distintas sesiones

Actividad 3

Se dedicará gran parte de la sesión a comentar las impresiones que el grupo ha sacado del programa y la valoración del mismo. Incluyendo aspectos como qué expectativas se han cubierto

con el programa, y qué modificarían o añadirían para años próximos. Se tomará nota de todos estos comentarios, para su posterior análisis.

Actividad 4

Aplicación de la escala sobre el grado de satisfacción y grado de utilidad del programa

Actividad 5

Entrega a las asistentes del recordatorio de comidas ricas y saludables, y comentarios acerca del mismo

Actividad 6

Despedida, agradeciendo su asistencia, y expresando el deseo de haber podido cubrir sus expectativas, así como haberles dotado de conocimientos y estrategias para vivir lo más plenamente posible esta etapa de la vida de una mujer llamada “Menopausia”.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN 8 SESIONES

SESIÓN 1: INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESION	CONTENIDO	DURACIÓN
1	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Iniciar el programa de intervención psicológica en la menopausia. Conocer, motivar e integrar a las participantes en este proceso. Enseñar los temas a desarrollar a lo largo del programa.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de las Psicólogas que llevarán a cabo las diferentes sesiones del programa. 2. Aplicación del cuestionario de calidad de vida y el cuestionario informal. 3. Actividad de presentación de las participantes al programa y entrega de una carpeta con material informativo. 4. Presentación de los objetivos del programa. 5. Presentación de los contenidos del programa. 6. Puesta en común. 7. Tarea para casa: leer la documentación entregada en la sesión, traer preguntas para la siguiente sesión y rellenar autorregistro de sofocos. 8. Aplicación del Índice de Kupperman y el HADS.</p>	120 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Iniciar el programa de prevención y tratamiento de menopausia.
- ✓ Conocer, motivar e integrar a las participantes en este proceso.
- ✓ Enseñar los temas a desarrollar a lo largo del programa.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

El comienzo de programa, parte de la justificación de la necesidad del programa de intervención para las mujeres en edad perimenopáusica desde la psicología clínica.

Se explica a las participantes que la menopausia es una etapa de la vida de la mujer, no una enfermedad, aunque debido al cese de la actividad hormonal pueden aparecer una serie de alteraciones. Por lo que es necesario desarrollar medidas de carácter preventivo y tratamientos adecuados. La menopausia, puede conllevar crisis personales, de pareja y sociales que afectan psicológicamente a las mujeres y requieren información y atención profesional especializada.

Por otro lado, se pretende mejorar la calidad de vida de las mujeres durante este proceso y por ello se abre un programa de intervención psicológica, en prevención y tratamiento,

especifico para el tema de la menopausia, con la convicción de que es un adecuado mecanismo de acción de ayuda.

ACTIVIDADES

1. Presentación de las Psicólogas que llevarán acabo las diferentes sesiones del programa.
2. Aplicación del cuestionario de calidad de vida y el cuestionario informal.
3. Actividad de presentación de las participantes al programa y entrega carpeta con material informativo.
4. Presentación de los objetivos del programa.
5. Presentación de los contenidos del programa.
6. Puesta en común.
7. Tarea para casa.
8. Aplicación del índice de Kupperman y Blatt y el HADS.

MATERIAL

- ☞ Transparencia de presentación
- ☞ Cuestionario de calidad de vida
- ☞ Cuestionario informal
- ☞ Parámetros de presentación
- ☞ Transparencia de objetivos
- ☞ Transparencia de contenidos
- ☞ Tareas para casa, auto registro de sofocos y la hoja de preguntas
- ☞ Inventario HADS
- ☞ Carpeta informativa
- ☞ Buzón de sugerencias

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Presentación de las Psicólogas.

Las psicólogas encargadas de cada grupo se presentan una a la otra dando a conocer al grupo la compañera con la que va a trabajar, debe tener en cuenta los siguientes parámetros, ya que en la actividad 3 les pedirán a las personas del grupo que los repitan:

Nombre y apellido

Profesión

Cuidad donde nació

Actividad actual

Actividad 2

Antes de iniciar con la presentación del grupo se realizará la aplicación del cuestionario de calidad de vida y el cuestionario informal; que servirá de ayuda para la recolección de datos demográficos e información pertinente para el desenvolvimiento del programa.

Actividad 3

Las psicólogas la pedirán al grupo que se reúnan en parejas, preferiblemente con alguien a quien no conozcan, y siguiendo los parámetros se presenten entre ellas. Al finalizar cada una estará encargada de dar a conocer al grupo a la compañera con la que realizó la actividad. Se hace entrega de la carpeta, con información pertinente para la realización del programa.

Actividad 4

Las psicólogas presentan los objetivos del programa:

Objetivo general:

Disminuir la sintomatología asociada a la menopausia y mejorar la calidad de vida de mujeres durante la etapa de la menopausia.

Objetivos específicos

- Aumentar el nivel de información sobre los cambios que ocurren con la menopausia.
- Enseñar estrategias para afrontar los cambios producidos por la menopausia.
- Desarrollar acción preventiva y terapéutica antes y durante la menopausia en mejora de su situación personal, social y laboral.

Actividad 5

A continuación las psicólogas presentan los contenidos que se desarrollarán durante las sesiones de programa y darán una breve introducción de cada uno de ellos:

- ✓ En la sesión 2 y 3 se trabajará la importancia teórica de los *órganos genitales*, el significado y conceptos de *la menopausia*, al igual que los *cambios a corto, medio y largo plazo* que ella conlleva. Con motivo de ampliar información, aclarar dudas y unificar criterios alrededor de la menopausia.
- ✓ En las sesiones 4 y 5 se desarrollarán estrategias de afrontamiento para disminuir los cambios que trae la menopausia a corto, medio y largo plazo con técnicas como la relajación, respiración, ejercicios físicos, alternativas sexuales y nutrición.
- ✓ Se informará en las sesiones 6 y 7 de las posibles preocupaciones excesivas y creencias irracionales acerca de la menopausia, para aclarar conceptos y evitar confusión como consecuencia de la falta de información o información errónea.
- ✓ La sesión 8 y 9 se dedicarán para solución de problemas y administración del tiempo, con el objetivo de cubrir algunas necesidades que aparecen en la etapa de la menopausia.
- ✓ En la última sesión se evaluará el desarrollo y los beneficios del programa, y se hará entrega de un recetario saludable.

Actividad 6.

Después de explicar los temas a tratar, se pone en común con las participantes las expectativas que tienen acerca del programa y así asegurar que se tratarán todos los temas de interés para la población con la que se va a trabajar.

Actividad 7

Como tarea para la casa se les pedirá que en su tiempo libre lean la información que se les ha entregado en las carpetas y que realicen en autorregistro de sofocos. Sin olvidar traer preguntas para la siguiente sesión acerca de la menopausia y responder a las preguntas que se les ha entregado durante la sesión.

Actividad 8

Aplicación del índice de Kupperman y Blatt y el HADS.

Fin de la sesión.

SESIÓN 2: ¿QUÉ NOS ESTÁ PASANDO?

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESION	CONTENIDO	DURACIÓN
2	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN:</p> <p>Abordar los pensamientos y sentimientos que despierta el término menopausia. Explicar el aparato reproductor femenino y la función del ciclo hormonal. Determinar los cambios que se producen durante el climaterio y la menopausia a corto, medio y largo plazo, y a diferentes niveles: fisiológico, físico y psicológico. Explicar el proceso de estos cambios e indicar las técnicas que se pueden usar para contrarrestarlos.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas en casa 2. Explicación del aparato reproductor femenino: actividad orientada al esclarecimiento de conceptos e ideas sobre la menopausia. 3. Introducción teórica a la menopausia: <ol style="list-style-type: none"> a. Conceptos básicos. b. Cambios a corto, medio y largo plazo (causas y soluciones). 4. Tarea para casa: Leer la documentación entregada en la sesión y algunas recetas de cocina económicas y saludables. 	120 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Abordar los pensamientos y sentimientos que despierta el término menopausia.
- ✓ Explicar el aparato reproductor femenino y la función del ciclo hormonal.
- ✓ Determinar los cambios que se producen durante el climaterio y la menopausia a corto, medio y largo plazo, y a diferentes niveles: fisiológico, físico y psicológico.
- ✓ Explicar el proceso de estos cambios e indicar las técnicas que se pueden usar para contrarrestarlos.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

La menopausia es otro cambio de las etapas normales de la mujer, aunque en algunas ocasiones pueden aparecer una serie de alteraciones o molestias que hace que las mujeres demanden atención sanitaria.

Es importante tener una información correcta, saber qué está pasando y porqué, qué va a suceder y cómo se puede actuar para mantener siempre una actitud positiva, no sólo en la menopausia sino en cualquier otra circunstancia de la vida.

Muchas veces se ha considerado a la menopausia como una etapa negativa de la mujer, en todos los aspectos, pero realmente no es así. Debemos considerar que la menopausia se puede vivir con la misma plenitud y optimismo con los que se vive cualquier otra etapa de la vida.

La segunda sesión tratará de ofrecer la información necesaria para identificar los cambios que erróneamente se asocian a la menopausia. Además, se pretende dotar a las mujeres de un mayor conocimiento acerca del aparato reproductor femenino así como del ciclo hormonal.

En esta sesión se exponen los cambios físicos, fisiológicos y psicológicos que se asocian con la menopausia, y que se dan a corto plazo, tales como los sofocos, las perturbaciones del sueño y las preocupaciones, siendo éstos los más generalizados y que más desajustes producen al iniciarse el climaterio. Así mismo se presentan las técnicas que ayudan a prevenir y/o paliar las molestias derivadas de estos cambios.

Se continuará la sesión con la explicación de las alteraciones vaginales (sequedad vaginal, reducción del tamaño vaginal y suelo pélvico) y cambios en la sexualidad (disminución del deseo sexual), explicando las causas y mencionando las diferentes formas de tratarlos.

Se comentará la importancia de mejorar el nivel de salud y la calidad de vida, cuyo objetivo es disminuir o ralentizar la probabilidad de enfermedades y afecciones, como la osteoporosis y la cardiopatía isquémica, que se ven afectados con los cambios que se pueden producir a nivel hormonal durante esta etapa. Se comentarán las alteraciones de ambas enfermedades y se explicarán las causas y los métodos de prevención.

ACTIVIDADES

1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas en casa.
2. Explicación del aparato reproductor femenino: actividad orientada al esclarecimiento de conceptos e ideas sobre la menopausia.
3. Introducción teórica a la menopausia.
4. Conceptos básicos.
5. Explicación de los cambios a corto, medio y largo plazo (causas y soluciones).

6. Tarea para casa: leer la documentación entregada durante la sesión y traer algunas recetas de cocina económicas y saludables.
7. Tarea para la casa: Traer dudas acerca de las anteriores sesiones y algunas recetas de cocina económicas y saludables.

MATERIAL

- ☞ Transparencia de presentación
- ☞ Transparencia del aparato reproductor
- ☞ Transparencia de funcionamiento hormonal
- ☞ Transparencia de ideas falsas sobre la menopausia
- ☞ Transparencia de palabras positivas: Otro lenguaje para la menopausia
- ☞ Transparencia de la definición de menopausia
- ☞ Transparencia de climaterio - menopausia
- ☞ Transparencia de los cambios que se presentan en la menopausia
- ☞ Transparencia de otros factores que contribuyen a los cambios
- ☞ Transparencia de menopausia – andropausia: Cambios fisiológicos de la sexualidad en ambos sexos
- ☞ Transparencia de factores ambientales y cambios hormonales
- ☞ Tarea para la casa: leer la documentación entregada en la sesión
- ☞ Transparencia de los cambios en el aparato reproductor
- ☞ Transparencia de factores psicofisiológicos del deseo sexual
- ☞ Transparencia ¡Viva la madurez!
- ☞ Transparencia de factores psicofisiológicos de la hipertensión
- ☞ Transparencia de factores de riesgo de la hipertensión
- ☞ Transparencia de las repercusiones de la hipertensión
- ☞ Transparencia introducción a la osteoporosis A y B
- ☞ Transparencia de factores de riesgo de la osteoporosis
- ☞ Transparencia de prevención de la osteoporosis A y B
- ☞ Transparencia de los Mitos de la osteoporosis
- ☞ Test de la osteoporosis
- ☞ Documento de exploración de mamas (“conozca sus senos”)
- ☞ Resumen de la sesión 1

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Presentación de la sesión y revisión de las tareas de casa.

Se les entrega a las participantes el material de la sesión que reúne la información que se dará.

Actividad 2

El objetivo de esta actividad es presentar el proceso de producción de hormonas en los ovarios, así como el inicio (la primera menstruación) y el cese (climaterio) de estos ciclos hormonales:

MORFOLOGÍA Y FUNCIONAMIENTO DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato reproductor femenino permite que las mujeres sexualmente sanas produzcan óvulos maduros, los transporten para que sean fecundados y los alimenten una vez fertilizados. La descripción del sistema sexual femenino se divide en dos partes:

1- Los genitales externos o vulva- Es el nombre con el que se designa al conjunto de los genitales que pueden verse.

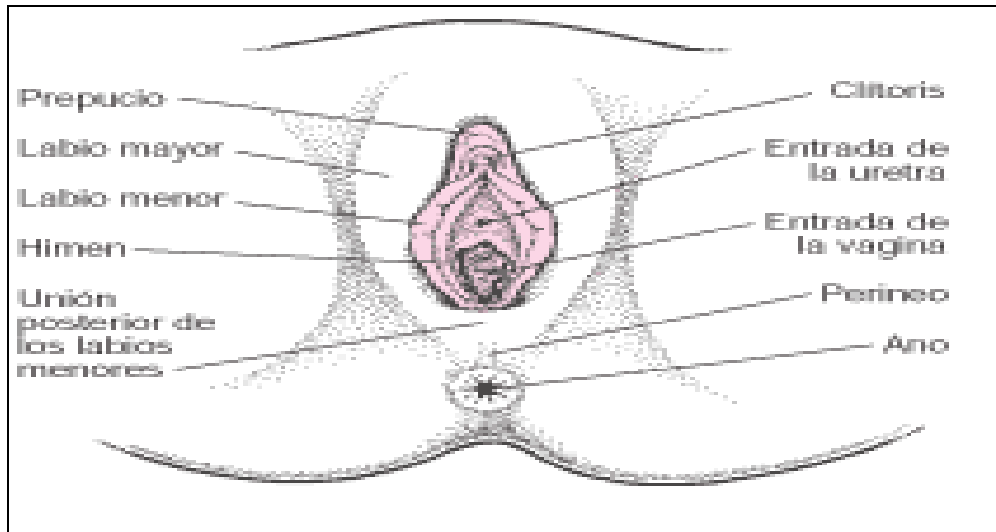
2- Los genitales internos- Es el sistema reproductor de la mujer.

A continuación se analizará cada una de las partes enunciadas:

GENITALES EXTERNOS

- **Vulva o área púbica:** Órgano sexual externo de la mujer. La parte más visible se llama monte de Venus o pubis y a partir de la pubertad se recubre de vello.
- **Labios mayores o externos:** Son pliegues de piel que se encuentran entre los músculos, rodeando y protegiendo la vulva.

- **Labios menores o internos:** Más pequeños que los labios externos, son pliegues que protegen la entrada de la vagina y del clítoris.
- **Clítoris:** Es una pequeña área localizada en el lado anterior de la vulva, recubierta por los labios menores. Es un órgano eréctil y de tamaño pequeño. Las innumerables terminaciones nerviosas que llegan a él y a sus alrededores hacen que sea muy sensible al contacto, tanto directo como indirecto.
- **Glándulas de Bartholin:** Situadas en cada uno de los labios menores, sus conductos se localiza en las superficies internas de los labios, adyacentes a la abertura vaginal. En las etapas avanzadas de la excitación de sexual, esas glándulas secretan un material mucoso para lubricar la abertura vaginal.
- **Uretra:** Es la apertura que permite que salga la orina. No es parte de los órganos sexuales, pero está localizada detrás del clítoris y enfrente de la vagina. Por su ubicación en la mujer puede infectarse si no se tiene una buena higiene.
- **Abertura vaginal:** Por debajo de la uretra está la abertura vaginal. Antes del primer coito, puede estar parcialmente cerrada por el himen.
- **Himen:** Es una delgada membrana que cubre la entrada de la vagina., Aunque no la tapa por completo ya que debe existir un agujero que permita la salida del flujo menstrual o periodo. Cuando se rompe puede ser doloroso, sobre todo en las relaciones sexuales. La presencia del himen no es sinónimo de virginidad.
- **Periné:** Es el área situada entre la vagina y el ano. Es una región con numerosas terminaciones nerviosas, lo que le hace muy sensible.



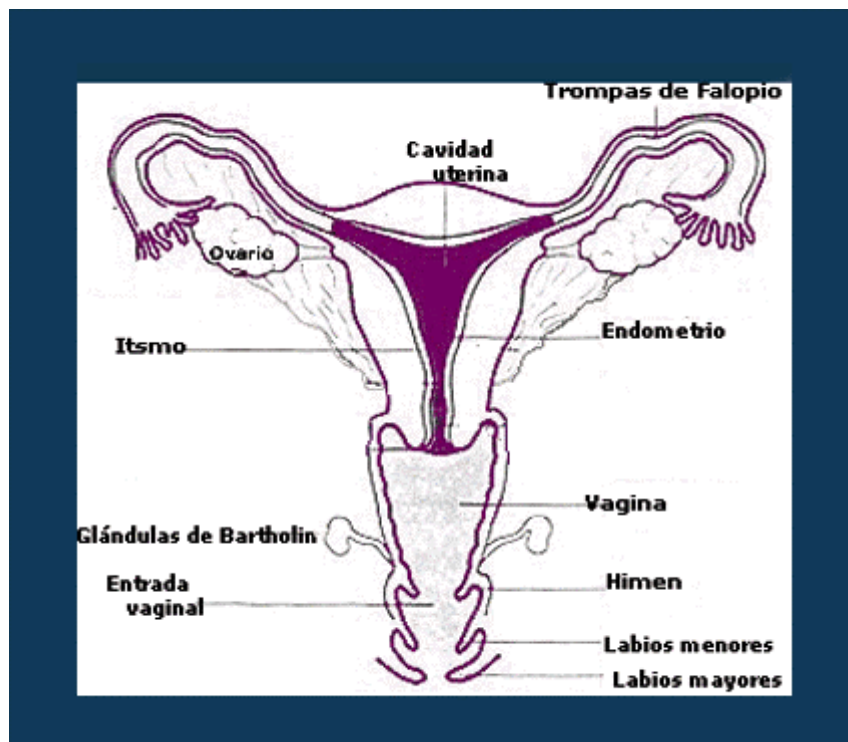
Órganos sexuales femeninos externos

GENITALES INTERNOS

- **Vagina:** Conducto flexible y elástico que comunica el útero con el exterior. Su elasticidad y flexibilidad permiten la adaptación al tamaño del pene durante la penetración.
- **Cerviz o cuello uterino:** Es el extremo inferior del útero que comunica con la vagina.
- **Útero:** Órgano muscular único, del tamaño de una pera pequeña, localizado en la línea media de la pelvis entre la vejiga urinaria por delante y el recto por detrás. En las mujeres que nunca han parido mide unos 7,5 cm. de largo. Tiene capacidad para aumentar de tamaño. Pasa por cambios cíclicos cada mes (periodo) y durante el orgasmo se contrae.
- **Trompas de Falopio:** Trompas uterinas: Conductos que unen los dos ovarios con el útero. La unión del óvulo y el espermatozoide se realiza en el interior de las trompas.
- **Ovarios:** En ellos se encuentran los folículos ováricos, dentro de los cuales están los óvulos. Nacemos con unos 400.000 óvulos, no produciéndose más a lo largo de la vida. De toda esta dotación de óvulos, sólo unos 400 son utilizados.

- **El punto “G”:** Llamado así después de que el Dr. Grafenberg lo descubriera, el punto “G”, del tamaño de una almendra, está localizado en la pared anterior (frontal) de la vagina, detrás del clítoris. Esta zona tiende a dilatarse después de ejercer una fuerte fricción desencadenando el orgasmo que se localiza desde el clítoris a la vagina.

Órganos sexuales femeninos internos



Una vez explicados los órganos sexuales femeninos, se procede a la presentación del proceso de producción de hormonas en los ovarios, así como el inicio (primera menstruación) y el cese (climaterio) de estos ciclos hormonales:

DESARROLLO DEL CICLO HORMONAL

Los ovarios, al igual que otros órganos de nuestro cuerpo, tienen un proceso específico de desarrollo. El **ovario** es el órgano central y tanto el **folículo** como el **cuerpo lúteo** son dos estructuras de secreción interna: el folículo maduro produce **estrógenos** y el cuerpo lúteo produce **progesterona**.

En el ovario de una niña no hay folículos maduros aunque sí **folículos primordiales**, cada uno de ellos con su correspondiente ovocito. Hasta la llegada de la primera regla, el cuerpo no está preparado, los ovarios son de leche y no son suficientemente maduros como para producir hormonas.

Cuando los ovarios son adultos y presentan una estructura capaz de producir hormonas aparecen las primeras reglas. Por el contrario, al llegar el climaterio, prácticamente todos los folículos primordiales y maduros así como los cuerpos lúteos han desaparecido.

A lo largo de la vida, la provisión inicial de ovocitos del ovario se va consumiendo con cada ciclo hasta que se agota completamente. En la mujer el número de ovocitos va disminuyendo desde incluso antes del nacimiento hasta la menopausia, de manera que en la mujer postmenopáusica el número de ovocitos es cero. Cuando se han consumido todos los ovocitos el ciclo se suspende. Al no haber folículos no se forman estrógenos y al desaparecer estos no hay ciclo.

Por lo tanto, el cese de la menstruación no es debido a una atrofia del ovario, ni al envejecimiento, sino simplemente a un agotamiento de la reserva folicular.

¿CÓMO OCURRE EL CICLO HORMONAL?

Como se comentó anteriormente, los ovarios contienen miles de pequeñísimos óvulos. Uno de éstos, madura por la influencia de las hormonas de la siguiente forma: existe una pequeña glándula situada debajo del cerebro llamada hipófisis, que envía una señal a los ovarios para que se produzcan unas hormonas, que se llaman estrógenos y que harán madurar el óvulo. Cuando ha madurado, se desprende de una especie de bolsita (folículo) en la que se encontraba alojado. El cuerpo que queda (cuerpo lúteo) es la hormona progesterona. Dicha hormona, prepara la matriz o la capa interior del útero para recibir ese óvulo maduro, aumentando su espesor y el número y tamaño de los vasos sanguíneos. Mientras, el óvulo se dirige a la matriz a través de las Trompas de Falopio. Si el óvulo no es fecundado por un espermatozoide durante el tiempo que tarda en recorrer dicho conducto, sale del organismo y es expulsado al exterior junto con la capa enriquecida de la matriz, que ya no es necesaria. Esto es la **menstruación**.

Llega un momento en que los ovarios se debilitan y comienzan a producir un número menor de hormonas. Se produce un reequilibrio hormonal que, por supuesto y como todo

cambio, pone a prueba la capacidad de adaptación y afrontamiento de las mujeres. Así, se puede recordar los altibajos físicos y emocionales que afrontamos durante la pubertad, que eran igualmente síntomas de que nuestro organismo estaba poniendo en acción un nuevo sistema hormonal. Esto se repite en la menopausia, pero a la inversa.

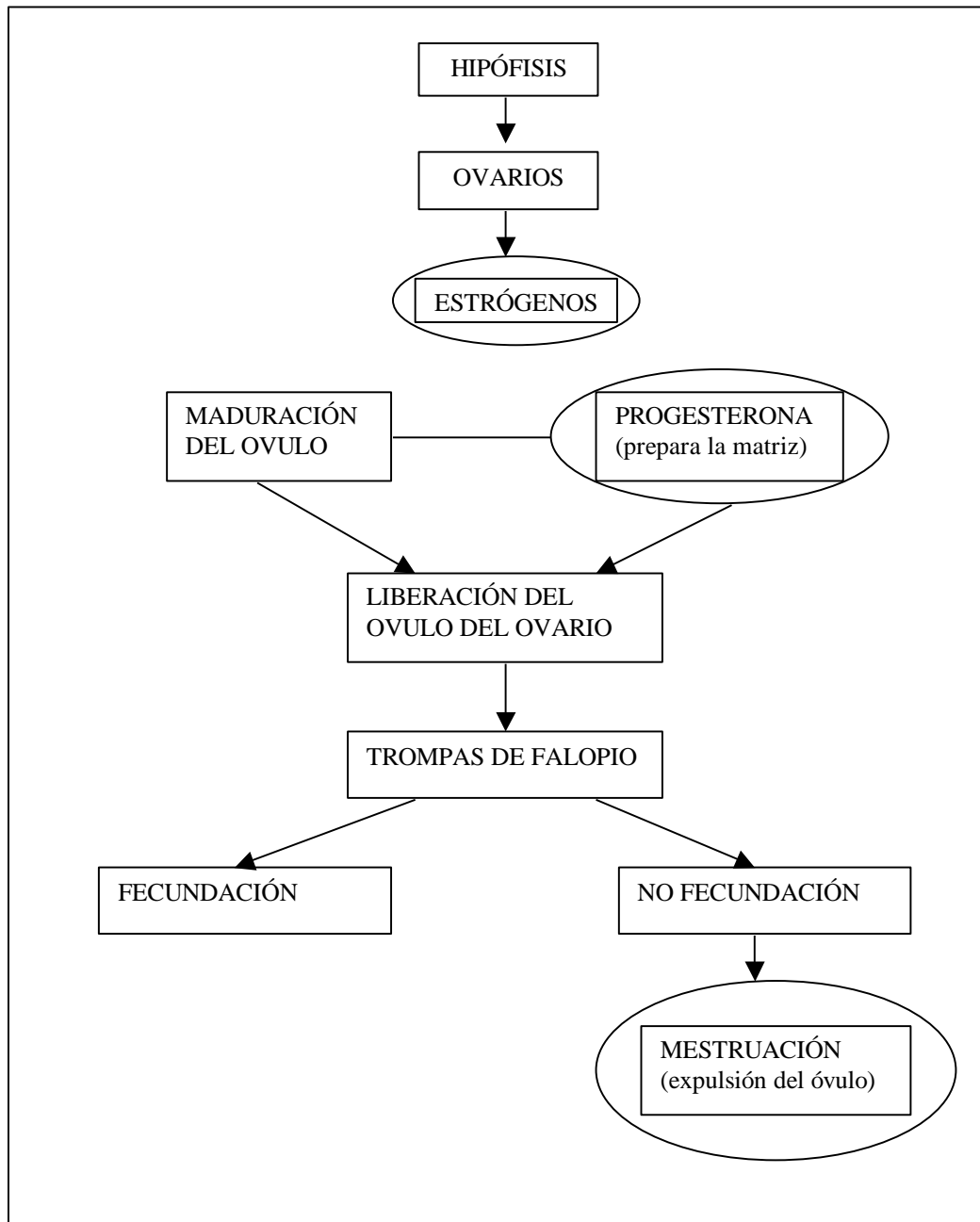
El que los ovarios dejen de producir hormonas no significa que no se vaya a tener estrógenos después de la menopausia, hay otras glándulas encima de los riñones que contribuyen a la producción de estrógenos a través del tejido graso (por eso, las mujeres delgadas suelen tener más molestias al producirse la disminución de hormonas).

La reducción de la producción de estrógenos y progesterona, trae consigo una serie de cambios asociados que deben conocerse de cara a una mejor adaptación.

OTRAS FUNCIONES DE LAS HORMONAS

Los estrógenos además de intervenir en el ciclo menstrual, influyen en el deseo sexual y determinan la distribución de la grasa del cuerpo. Por eso su disminución provoca una mayor acumulación de grasa en la zona abdominal. Así mismo mantienen la consistencia del esqueleto y con su disminución el hueso se hace más frágil. Gracias a la acción de los estrógenos los niveles de colesterol no suelen ser elevados y el riesgo de sufrir arterioesclerosis o infarto cardíaco es muy bajo, de ahí la aparición de trastornos cardiovasculares en algunos organismos con la llegada de la menopausia. Otro de los procesos en los que intervienen los estrógenos es en la regulación del ciclo vigilia - sueño.

La progesterona aumenta el tamaño de las glándulas de los senos especialmente en los días previos a la menstruación.



Funcionamiento hormonal

Éstas son algunas de las muchas funciones sobre las que actúan estas hormonas y gracias a sus efectos sobre el cerebro influirán en buena medida sobre el comportamiento de la mujer.

Actividad 3

A. CONCEPTOS BÁSICOS:

En esta actividad se les anima a las participantes a expresar sus ideas sobre la menopausia, y los cambios que se producen en ella; qué han oído, qué han experimentado y qué expectativas tienen sobre esta etapa. Mediante una lluvia de ideas, que serán anotadas en una pizarra, se van identificando ideas que, erróneamente o no, subyacen al término menopausia. Así pues, posteriormente se analizan estas creencias y se señala lo que hay de cierto o de falso en cada una de ellas.

En esta lluvia de ideas deben aparecer términos irracionales como: la mujer vista como reproductora, pérdida de feminidad, la menopausia como enfermedad, estado de ánimo decaído causado por la menopausia, pérdida de interés y atractivo sexual...

Las ideas que no aparezcan espontáneamente deben ser inducidas por las psicólogas de cara a su discusión posterior.

Algunas de las manifestaciones que aquí aparecen son discutidas en esta misma actividad, continuando esta aclaración de ideas a lo largo de toda la sesión.

Falacias sobre la menopausia y cómo refutarlas

Por regla general la menopausia que se describe en muchos libros no tiene nada que ver con la que viven realmente las mujeres que están pasando por esta etapa. Esto ha ayudado, en parte, a crear la imagen que existe hoy en día de la menopausia en la sociedad, asociada a palabras como crisis, época de miedo, fin de la vida útil, tristeza, etc. Esta visión también ha llevado a imponer una serie de ideas completamente falsas sobre esta etapa y sobre las mujeres que están pasando por ella. Entre ellas se encuentran las siguientes:

“La mujer es lo que es su biología y está determinada por ella”:

El error principal de esta idea está en que piensa que el ser humano sólo se define por su cuerpo, cuando en realidad es un conjunto rico en emociones, sentimientos, vivencias acumuladas a lo largo de la vida.

“La menopausia se reduce a cambios hormonales”:

En esta idea también se olvidan todos los aspectos personales, sociales y culturales de la persona.

“La menopausia es una desviación de la verdadera feminidad”:

Esta idea encierra la creencia impuesta en la sociedad de que una mujer femenina es aquella que es joven, bella y que produce muchas hormonas.

“La menopausia supone una pérdida del estado de salud”:

Esto se basa en la idea de que el cambio en la producción de estrógenos acarrea graves riesgos para la salud de todas las mujeres, pero ¿acaso es una pérdida de salud la primera vez que se presenta la regla? Y sin embargo en esa etapa también se produce un cambio en la producción de estrógenos.

“La mujer menopáusica no es una mujer completa”:

Parece que el dejar de ser fértil y el reajuste de hormonas es lo que define a la mujer que se ve reducida a una “máquina” de procrear dejando de lado todo lo demás (sentimientos, deseos, etc.).

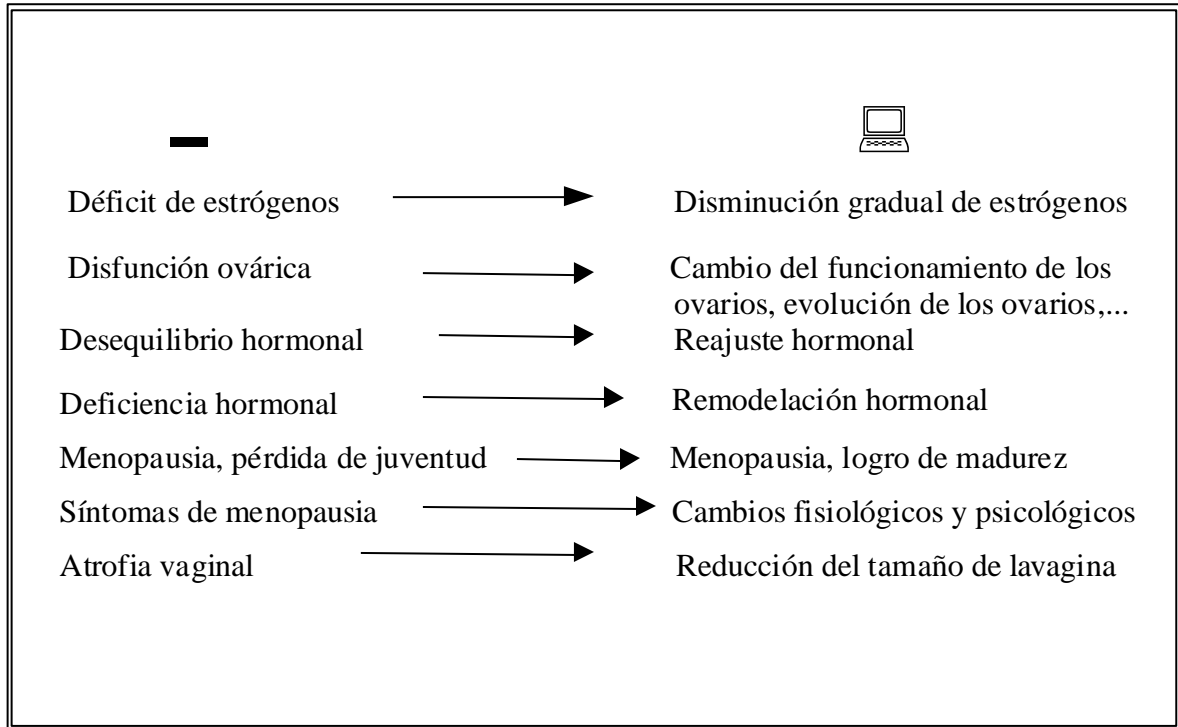
“Todas las mujeres menopáusicas precisan de diagnóstico y tratamiento”:

Se tiene la idea equivocada de que el reajuste hormonal es malo, cuando en realidad es un cambio totalmente normal al igual que los que se producen en otras etapas de la vida (primera regla, embarazos).

Para desmontar todas estas ideas es importante tener en cuenta que la menopausia es una transición fisiológica por la que pasan todas las mujeres y en la que hay grandes diferencias individuales, algunas mujeres pueden tener cambios físicos y otras no, y estos cambios pueden resultar a unas más molestos que a otras. Además existe un gran desconocimiento sobre esta etapa en la que hay que tener en cuenta no sólo aspectos biológicos de la mujer sino también los sociales, históricos y personales, al igual que en las demás etapas.

Los mitos anteriores están en gran parte favorecidos por el uso de un lenguaje inadecuado y generalmente negativo acerca de todos los aspectos que rodean a la menopausia. Por ello se

hace totalmente imprescindible el cambio hacia unas palabras más positivas y, a su vez, también más reales.



B. CAMBIOS A CORTO PLAZO: CAUSAS Y SOLUCIONES

Posteriormente se enfoca la introducción teórica de la menopausia, donde lo que se quiere conseguir es unificar términos y aclarar dudas alrededor de lo que encierra esta etapa de la vida de la mujer. Se inicia con una explicación amplia de su significado y se enlaza con los cambios que se pueden presentar.

El contenido de esta actividad se presenta a continuación:

¿QUÉ ES LA MENOPAUSIA?

Hay que tener en cuenta que la menopausia es una etapa de la vida de la mujer, no una enfermedad, aunque en un elevado porcentaje de casos lleva consigo una serie de alteraciones que condicionan a que la mujer demande atención.

Se ha definido a la menopausia como el cese permanente de la menstruación, es decir, la fecha de la última regla, que debe ser confirmada tras un periodo de amenorrea (ausencia de menstruación) de un año.

Esta retirada permanente de la menstruación refleja el cese definitivo de la función ovárica y puede deberse a:

1. Un agotamiento fisiológico de los folículos de los ovarios, lo que produce una "**menopausia natural**".
2. La extirpación quirúrgica de los ovarios (ooforectomía o ovariectomía), acompañada o no de la retirada del útero (histerectomía), lo que se denomina "**menopausia quirúrgica**".
3. La eliminación completa de la función ovárica a través del empleo de la quimioterapia o radioterapia sobre la zona pélvica, induciendo a una "**menopausia química**" o "iatrogénica".

Cuando los ovarios dejan de funcionar, se produce una importante **disminución de las hormonas sexuales**, ya que éstas son producidas principalmente por los ovarios, y el **fin de la capacidad reproductiva de la mujer**.

Sin embargo, tanto en el medio médico como entre las mujeres, el uso ha establecido el término "menopausia" para nombrar al "período" de la vida, en el que la mujer deja de tener la regla de manera definitiva. En realidad a este periodo se le debería llamar "**climaterio**".

¿A QUÉ SE LE LLAMA CLIMATERIO?

Existe un periodo variable de tiempo alrededor de este momento, durante el cual el organismo de la mujer se adapta a esta nueva situación, que se conoce como climaterio.

El climaterio es un periodo que puede durar desde 10 años antes a 10 después de la desaparición de la regla. Durante la premenopausia, la ovulación se mantiene, y la posibilidad de gestación existe. El tipo de anticoncepción y el miedo al embarazo son factores que pueden afectar a la sexualidad durante estos años.

La edad de aparición de la menopausia es variable. Es por término medio alrededor de los 50 años, aunque se calcula que antes de los 45 años ya han dejado de tener la regla el 30% de las mujeres, bien de forma espontánea o quirúrgica y que después de los 55 años sólo un 2% la conservan.

La edad de la menopausia puede estar influida por algunos factores. El **genético** es de innegable importancia, ya que se ha observado que las mujeres suelen tener la menopausia aproximadamente a la misma edad que sus madres.

Además, las **fumadoras**, incluso las exfumadoras, con frecuencia tienen la menopausia a una edad más temprana que las no fumadoras, mientras que la menopausia suele retrasarse en las mujeres **usuarias de la píldora**.

MENOPAUSIA PRECOZ Y TARDÍA

Cuando la menopausia ocurre antes de los 40 años se la denomina "**menopausia precoz**". Por el contrario, cuando la mujer presenta ciclos menstruales hasta después de los 55 años, se considera que hay un retraso de la menopausia, sería una "**menopausia tardía**".

En la menopausia precoz, tanto la natural como la quirúrgica, la sintomatología suele ser bastante importante y las consecuencias, principalmente a largo plazo, pueden llegar a ser más intensas si no se toman medidas a tiempo.

En cuanto a la mujer que todavía regula después de sus 55 años, es necesaria una **vigilancia rigurosa** del útero y de las mamas, por parte de un ginecólogo, ya que hay un riesgo aumentado de que estos órganos puedan presentar determinadas enfermedades, debido, a un estímulo prolongado de los estrógenos.

Sin embargo, y como contrapartida, estas mujeres se benefician de los **efectos positivos** de sus propios estrógenos por más tiempo y así hacen una prevención natural de ciertas enfermedades que tienen un mayor riesgo asociado a los estados carenciales de estrógenos.

CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA

Alrededor de este proceso, hay una serie de términos que siempre lo acompañan: premenopausia, perimenopausia y postmenopausia. Se aclararán estos conceptos:

1.- PREMENOPAUSIA

Es el periodo que antecede a la menopausia, y que finaliza con ésta, en el cual la mujer ya puede presentar algún síntoma climatérico y/o alteraciones del ciclo menstrual. **Puede iniciarse hasta 5 u 8 años antes que la mujer presente su última menstruación.** Actualmente hay una tendencia en abandonar este término, y usar preferentemente "**perimenopausia**".

2.- PERIMENOPAUSIA

Es un periodo de límites muy poco definidos. Se extiende **desde el inicio de las irregularidades menstruales** y/o de la sintomatología climatérica (fundamentalmente sofocos y sudores), incluye la menopausia, **hasta un año después de la última regla.**

Pese a las diferencias individuales, generalmente se acepta que la perimenopausia **puede iniciarse ya alrededor de los 40 años**, cuando, como consecuencia de importantes fluctuaciones hormonales, pueden surgir determinadas alteraciones y algunos síntomas físicos y/o psicológicos.

3.- POSTMENOPAUSIA

Se considera que se ha establecido la postmenopausia **una vez transcurrido un año tras la última menstruación**, por lo tanto, se inicia cuando se tiene la confirmación retrospectiva de menopausia.

Los cambios que presenta la mujer en la menopausia deriva de dos situaciones fundamentales:

1. Cese de actividad ovárica, con la disminución hormonal que tendría como consecuencia cambios a corto plazo (sofocos, sudoraciones), cambios a medio plazo (alteraciones vaginales, aspectos sexuales), y a largo plazo, vinculados con cambios metabólicos en otros órganos afectados por la carencia hormonal (huesos, pared vascular, etc.).
2. Factores psico- sociales, en los cuales el medio ambiente en el que se desenvuelve la mujer, y la estructura de su carácter, van a ser determinantes a la hora de abordar esta etapa. Factores como: nivel ocupacional, independencia de los hijos, temor a la pérdida de juventud, dudas acerca de su sexualidad, etc.

Al hablar de las mujeres en la época de la menopausia, lo primero que hay que tener en cuenta es que sucede en una etapa de la vida en la que, como en todas las demás, hay componentes psicológicos, sociales y biológicos que suelen coincidir con el momento de iniciación de la menopausia (adolescencia de los hijos, cuidado de los padres que van envejeciendo, autonomía de los hijos y emancipación, relaciones sexuales, cambios físicos que se presentan, etc.).

Algunas mujeres, normalmente aquellas en las que su sistema hormonal ha ido cambiando gradualmente hasta que la menstruación llega a desaparecer del todo, tienen muy pocos problemas a la hora de la menopausia. Otras experimentan desarreglos menstruales y un desequilibrio muy brusco que les ocasionan una serie de molestias. Casi el 80% de las mujeres experimentan algún cambio, el que lo vivan con más o menos intensidad, con más o menos molestia va a depender de la historia de cada mujer. Por tanto aunque hablemos de características generales y problemas comunes, vamos a encontrarnos con personas muy distintas unas de otras, que han vivido diferentes experiencias, procedentes de familias y medios sociales distintos.

No hay que olvidar que las características de esta etapa de la vida son comunes en hombres y mujeres. El climaterio masculino o “andropausia”, al contrario de lo que ocurre en la mujer, aparece como un proceso sostenido que se produce de forma gradual, de hecho, estos cambios en el hombre alcanzan niveles de hasta el 50% de reducción de testosterona entre los 25 y 75 años de edad.

Aunque no se puede hablar de la existencia de un climaterio masculino propiamente dicho, ya que el hombre mantiene su capacidad reproductora incluso después de los 70 años, si

hay un descenso progresivo del nivel de andrógenos en la sangre que repercute, fundamentalmente, en la capacidad y actividad sexual.

La diferencia entre los fenómenos de andropausia y la menopausia es que en el hombre ocurre de manera gradual, lineal y en algunos hombres, en la mujer la caída hormonal es súbita y universal.

Este fenómeno de la menopausia, normal en la vida de la mujer, se presenta acompañado de diversas modificaciones orgánicas y psicológicas, lo que hemos dividido en cambios a corto, medio y largo plazo. En esta sesión se abordarán los cambios a corto plazo.

Cambios a corto plazo:

1. Sofocos:

Algunos de los cambios que suceden al inicio del tiempo climatérico, son, por ejemplo, los trastornos de tipo vasomotor que tiene que ver con la reducción de progesterona en el cuerpo.

Es la sensación súbita de calor que empieza en el pecho y se extiende al cuello y la cara, acompañada de enrojecimiento cutáneo, sudoración y a veces aceleración de los latidos del corazón. Los sofocos son uno de los primeros signos de la menopausia y pueden producirse dos o tres años antes de que las reglas lleguen a desaparecer del todo.

Es importante recordar que los sofocos son variables, es decir cada mujer los percibe y describe de manera algo diferente. Incluso algunas mujeres no los experimentan jamás; al igual que la hipertensión que se puede presentar en algunas mujeres y es el aumento de la tensión arterial.

Una forma de tratar los sofocos de manera no farmacológica, sería los métodos basados en la autosugestión, como el entrenamiento mediante relajación progresiva. Con este se consigue reducir en un 60% la frecuencia de los sofocos.

Técnicas para reducir los sofocos: Autosugestión

1. Entrenamiento Biorretroactivo:
 - Calentamiento/Enfriamiento de manos con sugestión
2. Entrenamiento en relajación progresiva:
 - Tensión/Distensión

3. Entrenamiento en Respiración:

- Respirar bien, aumentar la capacidad pulmonar

2. Aspectos Psicológicos:

Otros de los factores que influyen o se presentan a corto plazo son las posibles alteraciones psicológicas en la menopausia fundamentalmente basadas en la vivencia positiva o negativa de esta etapa

Al hablar de las características psicológicas de la mujer en la menopausia, lo primero que hay que decir es que éstas no se derivan del hecho biológico que es el cese de la regla, sino que se trata de una etapa de la vida en que la menopausia es un componente más.

Muchas mujeres achacan los sentimientos de *tristeza* o *ansiedad* que a veces aparecen en esta etapa a la menopausia. Sin embargo pueden existir otros aspectos, y de hecho existen, que alteran el estado de ánimo, y que depende de cada una el ser capaz de superar la tristeza como consecuencia de las molestias.

También existen teorías que afirman que existe relación entre la disminución de estrógenos y la irritabilidad, abstenia y nerviosismo. Pero la realidad es que no se ha encontrado ninguna relación con validez empírica.

Durante la etapa de la menopausia, además de los cambios físicos que se experimentan, también ocurren cambios en el entorno. Entre ellos está que los hijos se casan o abandonan el hogar, lo que puede hacer sentir que ha finalizado la función de madres y por tanto no son tan necesarias. Esto es a lo que llaman el “*síndrome del nido vacío*”. Si además de que se van los hijos el marido trabaja, la mujer está durante mucho tiempo sola en casa con lo cual los sentimientos de tristeza pueden aumentar. Si el marido no trabaja se encuentra que ahora está más tiempo en casa con lo que la convivencia puede dificultarse.

Asimismo, con la edad pueden aparecer algunas enfermedades, no relacionadas con la menopausia, que afectan al estado de salud y que pueden influir también en el estado de ánimo. Si a esto le unimos la pérdida de algún ser querido y las ideas negativas sobre la menopausia que genera la sociedad (pérdida de feminidad, de la capacidad de ser madre, que ya no se pueden tener relaciones sexuales, etc.), esta serie de acontecimientos que asaltan y que en muchas ocasiones desbordan pueden provocar sentimientos molestos.

El cómo le afectan a una mujer estos cambios que están en esta etapa depende de si sabe cómo afrontarlos o no. Algunos de las circunstancias que favorecen la *depresión* son los llamados factores de riesgo y entre ellos están los siguientes:

- *Baja autoestima*
- *Creencias erróneas sobre sí misma y el mundo*
- *Estilo de vida con pocos aspectos positivos y satisfacciones*
- *Escasez de habilidades sociales y de apoyo social*
- *No saber solucionar problemas*
- *Estrategias de afrontamiento inadecuadas*
- *Sentimiento de tener falta de atractivo sexual*

Pero la relación entre estos factores y la depresión no es inevitable; si se aprende como afrontar los cambios, solucionar problemas y, además, combatir aquellos cambios físicos que incomodan se puede conseguir que el malestar sea mínimo o que, incluso, desaparezca.

Para empezar es importante adoptar una visión positiva. Si se van los hijos de casa se debe pensar que ahora se dispone de más tiempo, para realizar todo aquello que se quiere hacer pero que nunca se hizo por falta de tiempo (aprender manualidades, estudiar alguna cosa, etc.). También es importante conocer a fondo todos aquellos cambios que están sucediendo porque el miedo aparece sólo ante lo desconocido.

Igualmente es conveniente el no aislamiento y la búsqueda de compañía en otras personas con las que se pueda hablar. Es el momento ideal para adoptar hábitos de vida saludables tanto en la alimentación como en el ejercicio, pues ahora se dispone de más tiempo. En cuanto a los aspectos sexuales, ahora es el momento de vivir una sexualidad plena y centrada en los deseos y emociones de cada una.

3. *Sueño:*

Los trastornos de sueño como el *insomnio* se derivan de causas tanto fisiológicas como psicológicas. Esto ocurre porque los estrógenos influyen en la regulación vigilia - sueño.

Muchas mujeres se quejan en esta etapa de que tienen *insomnio* y lo atribuyen a la menopausia, pero esta asociación no es del todo cierta. El patrón de sueño cambia realmente con la edad. Los niños pequeños duermen durante más tiempo y sueñan más. A medida que aumenta

la edad la necesidad de sueño se reduce y los periodos en los que soñamos también. Esto se refleja en que cuesta más conciliar el sueño y nos despertamos más veces durante la noche. Esto ocurre tanto en hombres como en mujeres; la única diferencia es que en los hombres empiezan a notarse después de los 65 años, mientras que en las mujeres los cambios más significativos comienzan durante la mediana edad. Esta coincidencia en el tiempo con la menopausia es lo que hace que se atribuya a ella el insomnio.

A pesar de todo esto sí es cierto que los estrógenos regulan en cierta forma el ciclo sueño - vigilia mediante su acción en el cerebro. Así cuando el nivel de estas hormonas se reajusta se producen ciclos de sueño más irregulares.

Una manifestación que está directamente relacionada con la menopausia y que afectan al sueño son los *sofocos*; pero esto es en cierto modo lógico, ya que en verano cuando hace mucho calor también cuesta dormir y provoca despertares frecuentemente durante la noche. Pero el insomnio también puede venir asociado a otras manifestaciones de tipo psicológico como las *preocupaciones* e incluso a los *cambios de humor*.

Técnicas para reducir el insomnio:

El insomnio puede estar asociado a diversos factores, por tanto, existen diferentes técnicas que se pueden utilizar en función de cuál sea el problema principal, pudiendo practicarse varias a la vez.

1. Intención Paradójica:

- Intentar mantenerse despierto tanto tiempo como sea posible

2. Imaginación de escenas agradables

3. Reglas de higiene del sueño:

- No fumar varias horas antes de irse a la cama
- Hacer ejercicio regularmente, pero no antes de ir a dormir
- Evitar el exceso de líquidos, el consumo de chocolate o de grandes cantidades de azúcar antes de acostarse
- Arreglar el dormitorio de manera que favorezca el sueño

4. Control de estímulos:

- Acostarse solo cuando se tiene sueño
- No utilizar la cama salvo para dormir

- Levantarse y salir de la habitación si se es incapaz de dormir
 - No dormir la siesta
 - Levantarse a la misma hora cada mañana
5. Relajación progresiva

4. *Hormigueos en las extremidades (parestesias):*

Las parestesias suelen ser una molestia bastante frecuente en el climaterio. Las mujeres las perciben como una **sensación de adormecimiento y hormigueo** sobre todo en las extremidades, como brazos, manos, piernas y pies.

5. *Cefaleas o Jaquecas:*

Los cambios en la concentración sanguínea de estrógenos y progesterona, incluso los que ocurren ya en la premenopausia, pueden alterar la frecuencia y la intensidad de las **jaquecas**.

Aquellas mujeres que presentaban dolores de cabeza sólo en el periodo menstrual suelen presentar un empeoramiento de este síntoma tras la menopausia, mientras que las que solían tenerlos sin relación con la regla pueden experimentar una mejoría o no experimentar cambios con la menopausia.

6. *Cambios de peso:*

Las mujeres en el climaterio **suelen aumentar de peso** y ganar cerca de un 10% de su peso anterior a la premenopausia, sin que esto se deba a ninguna alteración en el patrón alimentario o en la actividad física. Por otro lado, **la grasa corporal adquiere una nueva distribución** tras la menopausia. La grasa que antes solía depositarse en los muslos, cadera y senos, en una distribución más periférica típicamente femenina, ahora tras instalarse la deficiencia estrogénica, se deposita preferentemente en la cintura y en la tripa, es decir, adquiere una distribución central y típica del varón.

Hay que tener en cuenta que estos hechos no son únicamente estéticos, sino que, el aumento de peso y la distribución central de la grasa están considerados como **factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares**.

C. CAMBIOS A MEDIO PLAZO: ALTERACIONES VAGINALES Y SEXUALES

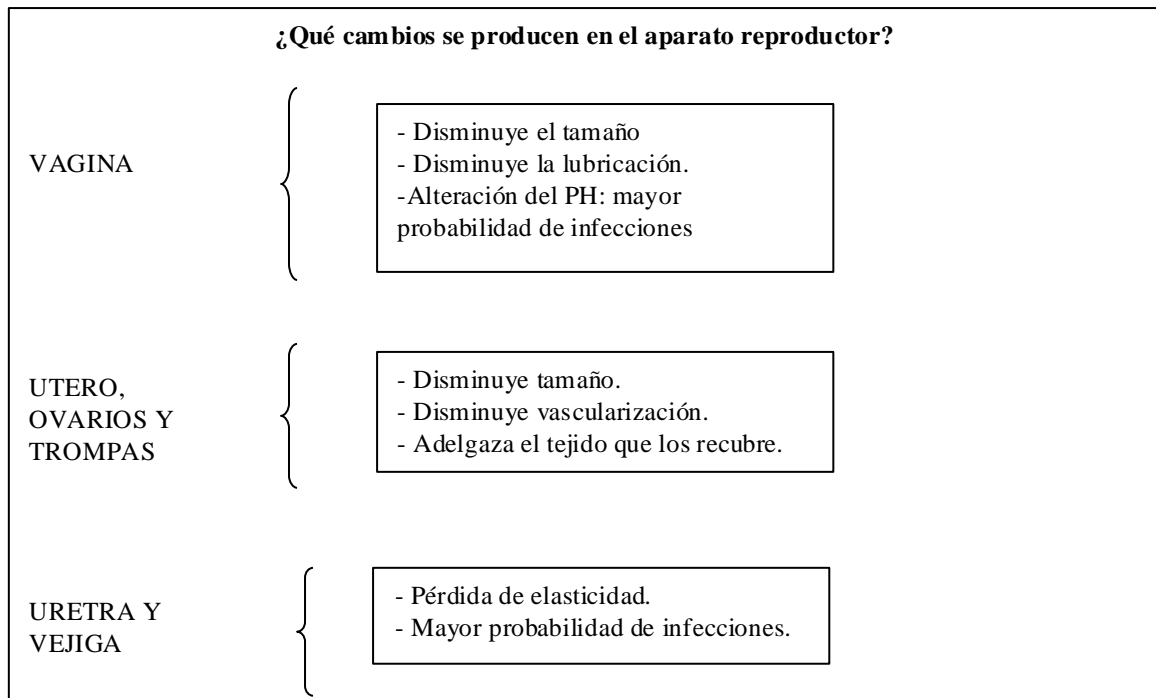
1. CAMBIOS VAGINALES

Cuando la producción de estrógenos disminuye afecta de diferentes formas al aparato reproductor femenino. Las paredes de la vagina se hacen más frágiles y delicadas y reducen su humedad natural. Esto desemboca en la sequedad vaginal y puede dar problemas a la hora de disfrutar en las relaciones sexuales. También en algunas mujeres cuando baja el nivel de estrógeno baja el deseo sexual, aunque este factor no es la única razón de la disminución de las ganas de tener relaciones sexuales. Además también esta disminución provoca que los músculos del suelo pélvico sean más débiles, lo que puede dar problemas de incontinencia.

Se explicará cómo son estos cambios, cómo pueden afectar y qué se puede hacer para ayudar en estas situaciones.

Los cambios en el aparato reproductor son:

1. En la **vulva** se produce una reducción del tamaño de los labios (menores y mayores), debido a la pérdida de grasa y elasticidad. Los labios se aplanan y arrugan, sobre todo los labios menores. El vello púbico se hace más escaso.
2. La **vagina** también se ve afectada por la disminución de los estrógenos. Se acorta la longitud del introito y se estrecha por la pérdida de elasticidad. Se produce una alteración del pH vaginal, lo que aumenta la incidencia de infecciones y una disminución de la lubricación natural.
3. En el **útero** se produce con la menopausia un adelgazamiento del endometrio. Se vuelve pequeño, duro y menos vascularizado. Los ovarios y las trompas se reducen. Esta situación cabe considerarla de un modo positivo, pues ciertas anomalías que se nutren de estrógenos para su desarrollo, como los miomas uterinos, sufren a partir de este momento una fase de estancamiento y regresión.
4. El **epitelio** que recubre la uretra es estrógeno – dependiente y con la menopausia este tejido se adelgaza y pierde elasticidad, lo que también influye en el riesgo de infecciones.



Cambios que se producen en el aparato reproductor femenino como consecuencia de la menopausia

La disminución de la lubricación vaginal provoca una sequedad que puede producir una sensación de escozor y tirantez que puede a su vez ocasionar que las relaciones sexuales con penetración sean molestas o dolorosas, lo cual puede disminuir el deseo sexual.

La sequedad no aparece en todas las mujeres y no siempre es irreversible ni progresiva. La terapia hormonal sustitutiva acaba con las molestias y otros síntomas derivados del cambio hormonal pero tienen el problema de que no son aconsejables para todas las mujeres como veremos en sesiones posteriores. Existen también otras muchas formas de lubricar la vagina, como por ejemplo las cremas vaginales con estrógeno y las cremas lubricantes para antes del coito.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la sequedad vaginal no sólo causa molestias cuando una persona tiene relaciones sexuales, ya que la vagina siempre debe estar húmeda para mantener la integridad del epitelio que la recubre y las condiciones normales de acidez que forman parte de las defensas naturales de la vagina. Esto es necesario para evitar la presencia de infecciones por gérmenes que normalmente no se desarrollan allí.

Por otro lado, no hay que perder de vista que estos cambios propios de la menopausia y de la edad también se dan (aunque de distinta forma) en el hombre.

MUJER	HOMBRE
Disminución de estrógenos.	Disminución de testosterona.
La vagina disminuye su tamaño, se estrecha y pierde elasticidad.	Disminución de la producción de esperma.
Menor lubricación en la vagina.	Erección más lenta, necesita mayor estimulación, y el pene disminuye en turgencia.
Menor vasocongestión del clítoris, labios y plataforma vaginal en general, durante la respuesta sexual.	Los testículos se elevan menos y más lentamente en la respuesta sexual.
Fase de excitación sexual más lenta.	El periodo refractario se alarga (puede durar incluso una semana o más)
Los senos disminuyen el tamaño y turgencia.	El orgasmo puede ser más corto y menos intenso.
El orgasmo puede ser más corto y menos intenso	

Cambios fisiológicos de la sexualidad en ambos sexos

Durante la fase de la menopausia muchas mujeres también empiezan a tener problemas de incontinencia cuando tosen, levantan algo pesado o ríen produciéndose pérdidas de orina. Este problema se puede tratar también con la terapia hormonal sustitutiva porque fortalece los músculos del suelo pélvico. Sin embargo también hay otro método que no tiene efectos secundarios. Es el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico que veremos en sesiones posteriores. Este entrenamiento puede reducir la incontinencia en un 75 % incluso en mujeres que han tenido el problema durante muchos años. Con 8 semanas de entrenamiento el 90% de los casos mejoran visiblemente y el 15% acaban totalmente con el problema.

2. **CAMBIOS SEXUALES**

Hay evidencia de que la disminución de estrógenos puede disminuir el deseo sexual como se comentó antes, pero algunas investigaciones han encontrado que la toma de hormonas después de la menopausia no sólo aumenta la humedad natural de la vagina, sino que también puede aumentar el deseo y el placer sexual.

La sexualidad de la mujer es compleja y no sólo depende de los niveles de hormonas, por lo que también se deben tener en cuenta los factores psicológicos. Se debe desterrar ciertos mitos como la pérdida de la feminidad tras la menopausia, no sentirse contenta con el aspecto del cuerpo por la redistribución de grasas y sentimientos de pérdida o depresión.

Hay diversas ventajas asociadas a la llegada de la madurez y a su vez de la menopausia como es la posibilidad de disfrutar de las relaciones sexuales sin riesgo de embarazo. También el crecimiento de los hijos lleva asociado un aumento del tiempo libre que se puede dedicar al cuidado de la propia persona, buscar el disfrute con el compañero en el caso de las mujeres que estén casadas y buscar otra pareja en el caso de las solteras, divorciadas o viudas (si es lo que ellas quieren, claro está).

Múltiples estudios sobre el comportamiento sexual de hombres y mujeres entre los 50 y los 100 años han demostrado que las personas sanas a los 70 años en el 70% de los casos están sexualmente activas y tienen relaciones sexuales de forma regular una o más veces por semana. Enriquecimiento con las experiencias vividas y con los conocimientos acumulados...

;;;VIVA LA MADUREZ;;;

VENTAJAS:

- Relaciones sexuales sin riesgo de embarazo.
- Crecimiento de los hijos ? mayor dedicación a ti misma.
- Segunda luna de miel/ Búsqueda de una nueva pareja
- Mayor conocimiento sexual de la pareja,
- Perspectiva de la vida desde las experiencias y conocimientos acumulados.

Ventajas de la madurez

D. CAMBIOS A LARGO PLAZO: TRASTORNOS CARDIOVASCULARES Y OSTEOPOROSIS

Trastornos vasculares

1.-¿POR QUÉ AUMENTA EL RIESGO CARDIOVASCULAR?

Las **causas por las que aumenta el riesgo cardiovascular** en la mujer tras la menopausia son múltiples y están relacionadas con la pérdida de la función cardioprotectora de los estrógenos:

- **Colesterol, primer enemigo**

El **colesterol** es una sustancia necesaria para el buen funcionamiento de nuestro organismo. Sin embargo, debe mantenerse dentro de unos límites de normalidad, ya que cuando está elevado supone un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular. El colesterol total comprende principalmente el LDL-colesterol (sigla en inglés de la lipoproteína de baja densidad) y el HDL-colesterol (lipoproteína de alta densidad).

El LDL-colesterol está considerado como el colesterol "malo" porque es él que se deposita en el interior de las arterias formando unos cúmulos localizados (placas de ateroma) que progresivamente van estrechando el calibre o la luz del vaso.

No obstante, el HDL-colesterol está considerado como el colesterol "bueno", el "basurero" porque se encarga de "limpiar" las paredes de las arterias transportando la grasa al hígado.

Después de la menopausia se produce un **aumento de los triglicéridos**, del colesterol total, del LDL-colesterol y un indeseable descenso del HDL-colesterol, por lo tanto, la menopausia conlleva a tener peor el colesterol, y esto es perjudicial para las arterias.

•Mayor riesgo de diabetes

La menopausia también se asocia a un aumento de la resistencia a la insulina, lo que quiere decir que hay una **mayor probabilidad de que los niveles de glucosa en la sangre suban**, lo que también es malo para los vasos sanguíneos. Está comprobado que la **diabetes** conlleva un mayor riesgo de enfermedad de las coronarias - coronariopatías (coronarias son las arterias del corazón).

▪ El peso y la grasa

Además, este riesgo también se incrementa por el aumento del peso y el cambio de la distribución de grasa de periférica a central que suele aparecer tras el cese de la función ovárica en la menopausia, acompañados o no de hipertensión arterial.

▪ Hipertensión arterial

En cuanto a la hipertensión arterial hay que decir que depende de tres factores:

1. Un funcionamiento correcto del corazón
2. La elasticidad de los vasos

3. Una cantidad adecuada de sangre en la circulación

No hay que olvidar que no sólo los estrógenos influyen en este trastorno, sino que hay otros factores que asociados contribuyen al aumento de la tensión arterial por encima de los límites. Estos factores son:

1. Ser mujer
2. Menopausia precoz
3. Edad (peor pronóstico cuanto más temprana sea la edad de aparición)
4. Herencia
5. Niveles altos de glucosa y grasa en sangre
6. Obesidad
7. Factores psicológicos → hay ciertas situaciones vitales que si son valoradas por uno mismo como amenazantes o estresantes influyen sobre los diferentes sistemas vitales, siendo uno de ellos el sistema vascular.

Hay que tener en cuenta que el mayor problema que presenta la hipertensión es que no tiene síntomas y no se conoce su existencia hasta que los órganos están muy dañados. Por esta razón es importante hacer ver a las mujeres en la etapa del climaterio la importancia de las revisiones médicas periódicas.

Como repercusiones principales de la hipertensión se encuentran las siguientes:

- ✓ Daños en las arterias
- ✓ Trastornos del corazón (cardiopatía isquémica)
- ✓ Hemorragias cerebrales
- ✓ Pérdida de visión → se produce por roturas de los vasos retinianos
- ✓ Disminución de la calidad de vida

- **Cardiopatías**

Es un término médico utilizado para designar genéricamente las patologías derivadas de una alteración del riego sanguíneo, sea cardíaco o cerebral. Las de mayor incidencia son: en el área cardíaca, la angina de pecho y el infarto agudo del miocardio, las llamadas cardiopatías

isquémicas; y en el cerebro el accidente cerebrovascular, también llamado infarto cerebral o ictus.

La arteria es la estructura anatómica responsable del aporte de sangre, y a través de ésta se reparte oxígeno como fuente de energía a estos órganos vitales. Por consiguiente, de la salud de las arterias depende el buen funcionamiento del sistema de irrigación del corazón y del cerebro.

La causa más frecuente por la que "enferma" una arteria es que se deposite en sus paredes determinadas sustancias (arterioesclerosis), como el colesterol o el calcio, y que esto disminuya progresivamente el calibre o la luz de la arteria.

Esta disminución de la luz del vaso reduce por consiguiente la cantidad de sangre, y por lo tanto de oxígeno, que llega a una determinada zona del músculo cardíaco o del cerebro. Cuando la cantidad de sangre no es suficiente para nutrir y aportar la energía necesaria a las células del miocardio, o del cerebro, éstas se mueren. Como consecuencia, toda una zona de estos órganos deja de funcionar, generando un colapso total o parcial, dependiendo de la extensión de la lesión ocasionada.

2.-INCIDENCIA CADA VEZ MAYOR

Antes de la menopausia, a edades iguales, la enfermedad cardiovascular en la mujer es bastante menos frecuente que en el hombre. A partir de ella, **la incidencia de esta enfermedad aumenta progresivamente en la mujer** y en un plazo de alrededor de 10 años llega a equipararse a del hombre.

La privación de estrógenos que ocurre tras la menopausia es causa de un importante aumento de riesgo cardiovascular en la mujer, riesgo todavía mayor en los casos de menopausia precoz, tanto natural cuanto quirúrgica. Hoy por hoy, está bastante claro el papel de "cardioprotección" de los estrógenos en la mujer antes de la menopausia.

3.- OTROS FACTORES DE RIESGO.

Existen otros factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular no asociados al déficit estrogénico y que son modificables:

- **Tabaquismo:** un hábito tóxico que puede acortar entre 10 a 15 años la vida de quien lo practica.
- **Estrés:** incrementa la frecuencia cardíaca y las necesidades de oxígeno de las células cardíacas.
- **Bebidas alcohólicas:** en exceso pueden aumentar la tensión arterial y alterar el ritmo cardíaco. Sin embargo, existen estudios que demuestran que la bebida fermentada en pequeñas cantidades (350 ml de cerveza o un vaso de vino) diarias puede reducir la incidencia de enfermedad coronaria.
- **Otros:** menopausia precoz, edad, herencia familiar, etc.

FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS VASCULARES

- Ser mujer.
- Menopausia precoz.
- Edad
- Herencia
- Niveles altos de glucosa y grasa en sangre
- Obesidad
- Factores psicológicos

Factores de riesgo de los trastornos vasculares

4.- ¿QUÉ PODEMOS HACER ANTE ESTA SITUACIÓN?

Además del fundamental control periódico, una dieta equilibrada baja en sodio y en grasa animales, ejercicio físico moderado y el evitar los hábitos tóxicos pueden ser los mejores aliados (se hablará de todo ello en sesiones posteriores).

Así se podrá evitar daños en las arterias, trastornos de corazón, hemorragias cerebrales, pérdida de visión (por rotura en los vasos retinianos) y una disminución de la calidad de vida.

REPERCUSIONES PRINCIPALES DE LOS TRASTORNOS VASCULARES.

- Daños en las arterias.
- Trastornos del corazón.
- Hemorragias cerebrales.
- Pérdida de visión.
- Disminución de la calidad de vida.

Repercusiones principales de los trastornos vasculares

La osteoporosis

1. MENOPAUSIA Y OSTEOPOROSIS

Con la menopausia, la mujer experimenta un aumento en la pérdida de hueso porque los ovarios producen menos estrógenos, y cuyo papel es fundamental en el mantenimiento de la densidad de los huesos.

Los estrógenos ejercen un papel muy importante sobre el metabolismo de los huesos. Mantiene la consistencia del esqueleto impidiendo la salida del calcio del hueso durante la edad reproductiva de la mujer. Los estrógenos contrarrestan la acción de otras hormonas, como la hormona paratiroidea entre otras, que promueven la “resorción ósea”, es decir, el proceso por el cual el hueso se hace más frágil o poroso.

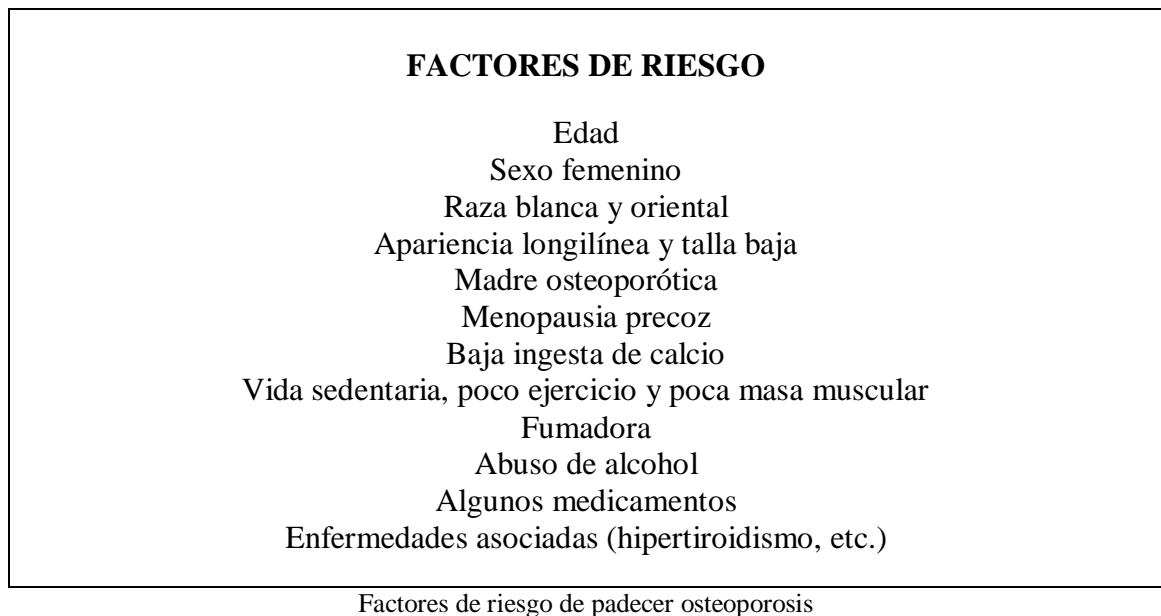
El hueso constantemente pasa por un proceso que se denomina remodelación ósea (formación y destrucción). La masa ósea es la cantidad de hueso presente en una persona y en su composición destacan proteínas y minerales. A partir de los 35 años comienza una pérdida progresiva de la masa ósea que se ve acentuada en la menopausia por la falta de estrógenos. Antes de esta edad hay mayor ganancia que pérdida.

Cuando la pérdida de hueso es moderada o excesiva, los huesos se hacen cada vez más frágiles y susceptibles de romperse. Esta enfermedad que se conoce como Osteoporosis. Cuando la pérdida es leve tiene lugar una Osteopenia. Si no es prevenida o se deja sin tratar la Osteoporosis puede progresar de una manera silenciosa e indolora hasta que algún hueso se

rompe, lo que ocurre con mayor frecuencia en la cadera, columna vertebral y muñeca. En términos generales, una vez que el hueso se ha perdido no puede ser reemplazado.

El riesgo de fracturas es 2 a 4 veces mayor en mujeres que en hombres. Se estima que el 40% de las mujeres habrán tenido una fractura cuando cumplan 70 años. A esta edad hay mayor predominio de fracturas de cadera, siendo la consecuencia más seria de la osteoporosis, ya que puede significar la invalidez. Anteriormente a esta edad son más frecuentes las microfracturas de las vértebras.

Como factores de riesgo en la osteoporosis destacamos: edad, sexo femenino, constitución delgada, con huesos pequeños, menopausia precoz, herencia, vida sedentaria, fumador, alcohol, baja ingesta de calcio, algunos medicamentos (corticoides, etc.).



2. ¿CÓMO PREVENIRLA?

Debido a las características etiológicas de la osteoporosis, la mejor forma de afrontarla es una buena prevención:

- **Aumentando la ingesta de calcio:** para premenopáusicas una cantidad adecuada es 1000 mg/día. Los alimentos que nos aportan mayor cantidad de calcio son los lácteos, los frutos secos, las legumbres, los cereales y las verduras de hoja verde.

- **Algunos mariscos y el pescado (sardinas).** Por el contrario las dietas ricas en grasas animales, sal, exceso de fibras o bebidas carbonatadas producen una mayor pérdida de masa ósea.
- **Ingerir vitamina D,** que permite la absorción del calcio del intestino a la sangre.
- **Tomar el sol 10 minutos al día,** ya que facilita que la vitamina D se active.
- **Realizar algún tipo de actividad física,** lo que ayuda a fortalecer nuestros huesos y a evitar la pérdida de calcio.
- **Supresión de hábitos tóxicos:** tabaco, alcohol, cafeína...

3. MITOS SOBRE LA OSTEOPOROSIS

Una vez terminada la fase educativa relativa al tema de la osteoporosis se les pide a las participantes que, haciendo uso de los conocimientos adquiridos, rebatan los mitos más comunes existentes sobre esta enfermedad.

MITOS DE LA OSTEOPOROSIS

- La osteoporosis no es algo tan serio como para preocuparse.
- Soy una persona saludable, hago las cosas correctas, no estoy en riesgo.
- Soy muy joven para preocuparme de la osteoporosis.
- Es demasiado tarde para que haga algo al respecto de la osteoporosis

Mitos de la osteoporosis

Actividad 4

Tarea para la casa se les pide que realicen un autorregistro de pensamientos y que lean la documentación entregada durante la sesión. Por otro lado, se les pide que traigan para la siguiente sesión algunas recetas económicas y saludables.

Fin de la sesión.

SESIÓN 3: TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LOS CAMBIOS A CORTO PLAZO ASOCIADOS A LA MENOPAUSIA

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
3	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Explicar las distintas técnicas existentes para tratar los cambios a corto plazo, indicando los motivos que los señalan como convenientes. Llevar a cabo durante la sesión las técnicas de relajación muscular progresiva y respiración diafragmática</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2. Explicar los métodos para reducir los sofocos. 3. Explicar la relajación progresiva y mental, incluyendo el procedimiento, efectos, las ventajas y las situaciones en las que se recomienda su uso. 4. Llevar a cabo el entrenamiento en relajación progresiva. 5. Explicar la técnica de respiración, incluyendo el procedimiento, efectos, ventajas y situaciones en las que se recomienda su uso. 6. Llevar a cabo el entrenamiento en respiración. 7. Entrega del material acerca de las técnicas de relajación y respiración y tarea para casa: practicar los ejercicios de relajación y respiración en casa y rellenar autorregistro de relajación 	120 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Explicar las distintas técnicas existentes para tratar los cambios a corto plazo, indicando los motivos que los señalan como convenientes.
- ✓ Llevar a cabo durante la sesión las técnicas de relajación muscular progresiva y respiración diafragmática.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

En esta sesión se propone la relajación como técnicas de afrontamiento. Se pretende dar a las participantes del programa recursos que les doten del control necesario para confrontar los cambios a corto plazo asociados a la menopausia, así como otros factores estresantes.

La vida actual, con frecuencia favorece el desarrollo de hábitos de respiración poco adecuados. Las posturas más habituales, la ropa, el ritmo de vida y especialmente las situaciones de estrés colaboran a facilitar patrones de respiración caracterizados por un ritmo acelerado y

una escasa intensidad. Si por el contrario, conseguimos una respiración diafragmática, es decir profunda, los pulmones se expanden hacia abajo ya que el diafragma también baja y le deja espacio a la parte inferior de los pulmones, a la vez que masajea el bazo y el hígado.

ACTIVIDADES

1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas.
2. Explicar los métodos para reducir los sofocos.
3. Explicar la relajación progresiva, incluyendo el procedimiento, efectos, las ventajas y las situaciones en las que se recomienda su uso.
4. Llevar a cabo el entrenamiento en relajación progresiva.
5. Explicar la técnica de respiración, incluyendo el procedimiento, efectos, ventajas y situaciones en las que se recomienda su uso.
6. Llevar a cabo el entrenamiento en respiración.
7. Entrega del material acerca de las técnicas de relajación y respiración y tarea para casa: practicar los ejercicios de relajación y respiración en casa y rellenar autorregistro de relajación.

MATERIAL

- 📄 Guía de entrenamiento en relajación progresiva y respiración diafragmática
- 📄 Tarea para la casa, auto registro de indicador de ansiedad o tensión después de la relajación
- 📄 Resumen de la sesión 2

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Presentación de la sesión y revisión de las tareas de casa.

Se les entrega el material que resume la sesión (**Resumen 2**).

Actividad 2

El objetivo de esta sesión es presentar los distintos métodos que se pueden usar para reducir la intensidad de los sofocos.

El sofoco es la sensación súbita de calor que empieza en el pecho y se extiende al cuello y a la cara, acompañada de enrojecimiento cutáneo, sudoración y a veces aceleración de los latidos del corazón. Los sofocos son uno de los primeros síntomas de la menopausia y pueden aparecer dos o tres años antes de que las reglas lleguen a desaparecer del todo. Es importante recordar que los sofocos son variables, es decir, cada mujer los describe y los percibe de manera diferente. Incluso algunas mujeres no los experimentan jamás.

Son las alteraciones más frecuentes en la menopausia y para mejorarlos, es decir, para reducirlos, se pueden usar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos:

Farmacológicos

Hormonal: Consiste en la aplicación de estrógenos y se explicaran más adelante (Terapia hormonal sustitutiva).

No Hormonal: Usando fundamentalmente dopaminérgicos. Este tratamiento consigue reducir los sofocos en un 64-91% de los casos.

Estos tratamientos deben ser recomendados por el médico.

No farmacológicos:

Son los basados en la autosugestión, esto es, se trata de provocarnos a nosotros mismos sensaciones agradables y relajantes que nos den sensación de control.

Entrenamiento biorretroactivo: Se trata de llevar a cabo un ejercicio de calentamiento de manos mediante sugestión que consiga la vasodilatación en esa zona y así reducir la sensibilidad a la temperatura. Posteriormente se entrenará de la misma manera el enfriamiento mediante vasoconstricción. Todo el entrenamiento se debe llevar a cabo en una habitación controlada térmicamente y con el se consigue una reducción de un 75 % en la frecuencia de aparición de los sofocos y consigue un hasta en un 100% de los casos eliminar las molestias que de ellos se derivan. Los inconvenientes de esta técnica son que debe ser realizada en una habitación especial y dentro de una terapia controlada por profesionales; además sólo se lleva a cabo en los casos en los que los sofocos son muy incapacitantes.

Entrenamiento en relajación progresiva: Consiste en la tensión-distensión muscular con la finalidad de reducir la activación emocional y física que producen ciertas situaciones y acontecimientos. Con él, se consigue reducir en un 60% la frecuencia de los sofocos.

Entrenamiento en respiración: Con él se intenta conseguir aprender a respirar bien y aumentar la capacidad pulmonar para así lograr una sensación de relajación y de control en los momentos que nos resultan angustiosos.

Actividad 3

En esta actividad se explicara como se lleva a cabo el entrenamiento en relajación progresiva señalando sus beneficios y ventajas así como las situaciones en las que puede ser utilizado.

La tensión- activación, en especial la activación emocional puede estar producida por aspectos muy variados, como pensamientos, condiciones externas o incluso las propias actuaciones o conductas. Para reducir esta tensión podemos actuar sobre las condiciones del entorno que la producen o sobre los efectos fisiológicos que van asociados. Esto último es lo que consigue reducir la relajación progresiva.

Este procedimiento de relajación intente enseñar a la persona a relajarse por medio de ejercicios en los que tense y relaje de forma alternativa sus distintos grupos musculares. El objetivo es conseguir que la persona aprenda a identificar las señales fisiológicas que provienen de sus músculos cuando están en tensión, y posteriormente cuando las identifique ponga en marcha las habilidades aprendidas para reducirlas (se relaje). Posteriormente la relajación se lleva a cabo mediante el recorrido mental de todo el cuerpo identificando si existe tensión en algún músculo y en ese caso relajándolo.

La forma de conseguirlo es similar a la forma en que se intenta conseguir cualquier otra habilidad o destreza, a través de ensayos continuados en los que la persona aprenda a percibir las sensaciones de tensión y distensión que provienen de sus músculos y como éstas se modifican al realizar los ejercicios correspondientes.

Las condiciones óptimas para realizar el entrenamiento deben ser: una habitación tranquila, con buena temperatura, con poca luz y ropa cómoda; pero sobre todo es importante que lo consideremos un momento de dedicación personal tratando de encontrar un espacio de tiempo dentro del día en el que podamos estar a solas durante al menos quince minutos. En

cuanto a la postura se puede realizar tanto sentada como tumbada en función del momento del día y de lo que queramos conseguir con la relajación, por ejemplo si tenemos insomnio lo ideal es practicarlo antes de dormir tumbadas en la cama; pero si lo que queremos es reducir la intensidad de un sofoco podemos hacerlo sentadas en una silla cómoda.

En situaciones en las que llevar a cabo la relajación es difícil por las condiciones ambientales se recurrirá a la respiración o la relajación mental que se explicará más adelante. En el caso de elegir la postura tumbada debe llevarse a cabo sobre una superficie dura en la que se apoye completamente el cuerpo de forma que ningún músculo tenga que trabajar para sostenerlo, y con una ligera elevación para apoyar la cabeza (unos cinco centímetros) a fin de que no quede tensión en el cuello. Los brazos pueden quedar o bien apoyados en el propio cuerpo, con las muñecas en la zona superior y anterior de los muslos, o bien yacer a los lados.

Si estamos sentadas lo más adecuado es utilizar un sillón envolvente que recoja bien el tronco y que permita además apoyar la cabeza. Los brazos pueden apoyarse en los del sillón o sobre la parte superior de los muslos con las palmas de las manos hacia abajo.

La relajación progresiva no sólo se puede llevar a cabo cuando se tenga sofocos o insomnio; se puede usar a lo largo de toda la vida en aquellas situaciones que nos produzcan malestar y activación fisiológica elevada.

Cuando la relajación progresiva está suficientemente entrenada y aprendida se puede llevar a cabo la relajación mental como método más rápido y fácil de aplicar en todo tipo de situaciones. Este método consiste en la capacidad de centrarse en las sensaciones del propio cuerpo consiguiendo la relajación con sólo pensar que nuestro cuerpo está relajado.

Actividad 4

En esta actividad se llevará a cabo el entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson, comentando al final las dificultades que hayan surgido y las impresiones de los participantes del programa.

RELAJACIÓN PROGRESIVA EN OCHO GRUPOS MUSCULARES

Primero se lleva a cabo el recorrido con ejercicios de tensión-relajación y después sólo con un recorrido mental (sin tensión). Para ello, se agrupan por zonas de la siguiente forma:

1. Mano y antebrazo de ambos brazos
2. Zonas del brazo
3. Frente, párpados y mejillas
4. Labios, lengua y mandíbulas
5. Hombros y parte superior de la espalda
6. Estómago y parte inferior de la espalda
7. Ambos muslos
8. Ambas pantorrillas y pies

PRÁCTICA DE LA RELAJACIÓN PROGRESIVA

“Vamos a comenzar el entrenamiento en relajación. Es importante adoptar una postura lo más cómoda posible, cerrar los ojos y tratar de desconectar de todas las posibles preocupaciones cotidianas. Para ello puede ser útil centrar la atención unos momentos en una escena agradable, por ejemplo, imaginarnos tumbados en la playa al sol...ahora vamos a hacer un recorrido mental por todo el cuerpo, tratando de sintonizar con una sensación de calma y de tranquilidad... No hay que hacer nada, simplemente dejarse llevar...tratar de encontrarse lo más a gusto posible...lo más tranquilo, para pasar a comenzar la relajación...”

✓ BRAZOS:

- *Apretar fuertemente el puño y doblar la mano por la muñeca echando hacia delante el puño, a la vez tensar el antebrazo identificando la tensión en la zona superior... abrir la mano, aflojar el antebrazo y volver la muñeca a su posición inicial.*
- *Doblar el brazo por el codo tensando los músculos del bíceps, al mismo tiempo doblando el brazo tratando de hacer fuerza como para bajar el brazo a fin de que se tense el tríceps (músculos de la parte posterior del brazo)... aflojar el brazo para que vuelva a su posición inicial.*

✓ **CARA:**

- *Tensar la frente levantando las cejas, apretar fuertemente los párpados y tensar las mejillas estirando hacia atrás y hacia arriba las comisuras de los labios... dejar caer las cejas hacia los lados y hacia abajo, dejar que el párpado superior caiga suavemente sobre el inferior y dejar que los labios vuelvan a su posición de reposo.*
- *Juntar los labios y apretados dirigirlos hacia fuera de la boca, presionar con la lengua el paladar superior y apretar fuertemente las mandíbulas... dejar que los labios vuelvan a su posición de reposo, dejar que la lengua descansa en el paladar inferior y que la mandíbula inferior caiga (permitiendo que los labios queden separados).*

✓ **TRONCO:**

- *Levantar ambos hombros tratando de aproximarlos a las orejas, a continuación curvar la parte superior de la espalda tratando de juntar los codos por detrás... volver a la posición de reposo.*
- *Tensar la parte anterior del tronco y diafragma metiendo el estómago lo más posible, posteriormente sacar el estómago lo más posible y finalmente tensar la parte inferior de la espalda arqueándola apoyándose en los glúteos y en los hombros... volver a la situación de reposo.*

✓ **PIERNAS:**

- *Tensar los músculos de la parte anterior de los muslos y luego de la parte posterior de los muslos, tratando de flexionar las rodillas... dejar que los muslos caigan sobre la superficie de apoyo.*
- *Tensar la parte anterior de las pantorrillas doblando los pies de forma que la punta se aproxime a las rodillas, después tensar la parte posterior de las pantorrillas doblando los pies de forma que la punta se aleje de las rodillas y finalmente tensar los pies doblando los dedos hacia delante... dejar caer los pies y los dedos volviendo a la posición de reposo.*

Actividad 5

En esta actividad se explica el método de relajación mediante respiración, señalando los beneficios y las situaciones en las que su uso puede ser de gran ayuda.

Las formas de vida actual, con frecuencia favorecen el desarrollo de hábitos de respiración poco adecuados. Las posturas más habituales, la ropa, el ritmo de vida y especialmente las situaciones de estrés colaboran a facilitar patrones de respiración caracterizados por un ritmo acelerado y una escasa intensidad. Cuando se respira normalmente sólo se llena la parte superior de los pulmones expandiendo estos hacia los lados, presionando así el corazón, esto hace que la cantidad de sangre bombeada sea menor y provoque menos cansancio, porque el corazón requiere más esfuerzo, al mismo tiempo que la sangre está menos oxigenada. Si por el contrario, conseguimos una respiración diafragmática, es decir, profunda, los pulmones se expanden hacia abajo ya que el diafragma también baja y le deja espacio a la parte inferior de los pulmones, a la vez que masajea el bazo y el hígado. Esto tiene dos ventajas, por un lado la capacidad pulmonar aumenta y por otro el movimiento del diafragma sobre el hígado y el bazo consigue que la sangre almacenada en ellos salga al torrente sanguíneo y vuelva a esos órganos oxigenada.

El procedimiento para llevar a cabo este método de relajación consiste en llenar primero la parte superior de los pulmones, después la parte media para terminar consiguiendo que el aire penetre hasta el fondo de los pulmones, lo que se manifiesta llenando el vientre. Lo realmente importante es aprender a controlar nuestra respiración y conseguir automatizar la respiración diafragmática.

La respiración se puede usar cuando se sufre un sofoco o en situaciones en las que se necesite reducir la actividad fisiológica. Es una técnica muy cómoda que puede emplear incluso cuando se habla con otra persona. Una vez que se ha aprendido puede usarse durante toda la vida en aquellas situaciones en que las se requiera.

Actividad 6

En esta actividad se entrena a las participantes en respiración diafragmática, comentando las dificultades e impresiones que puedan surgir.

PROCEDIMIENTO BÁSICO

CONDICIONES:

- Postura cómoda.
- Ojos cerrados.

- No usar ropa, calzado, u otros objetos (gafas, lentes de contacto...) que opriman.
- Sin estímulos distractores.
- Establecer una situación de tranquilidad: La visualización de una escena agradable durante un minuto o dos puede ser útil.

EJERCICIO 1:

- Objetivo: Conseguir que la persona dirija el aire a la parte inferior de sus pulmones.
- Se le indicará que coloque una mano encima de su vientre y otra encima de su estómago para que pueda percibir mejor los efectos de cada ciclo inspiración/expiración.
- Se le señala que trate de dirigir el aire en cada inspiración a llenar la parte inferior de sus pulmones, lo que debe producir que se mueva la mano colocada sobre el vientre pero no la colocada sobre el estómago. Tampoco debe moverse el pecho.
- La duración del ejercicio será de dos a cuatro minutos.
- Concluido este periodo, se descansa unos momentos (dos minutos) que se dedicarán a comentar la realización del ejercicio, los efectos percibidos o dar instrucciones para una mejor realización.
- Se repetirá el ejercicio varias veces según la habilidad desarrollada (al menos 3 ó 4 veces).

EJERCICIO 2:

- Objetivo: Conseguir que la persona sea capaz de dirigir el aire a la parte inferior y media de sus pulmones.
- Se le indicará que dirija en primer lugar el aire a la parte inferior (lo mismo que en el ejercicio anterior) y después, en la misma inspiración pero marcando un tiempo diferente, que dirija el aire a la parte media notando cómo ahora se hincha la zona de su cuerpo bajo su segunda mano, el estómago.
- La duración de cada período de ejercicio debe ser de dos a cuatro minutos.
- Se repetirá el ejercicio al menos tres o cuatro veces, con intervalos de descanso entre ellos.

EJERCICIO 3:

- Objetivo: Que la persona sea capaz de llevar a cabo una inspiración completa.
- Se indica al cliente que dirija el aire de cada inspiración en primer lugar a la zona del vientre, luego a la del estómago y por último al pecho.
- La inspiración no debe ser forzada. Conviene no exagerar la cantidad de aire que se dirige a cada zona a fin de no tener que forzar la inspiración pectoral.
- La duración de cada ejercicio será de dos a cuatro minutos, con descanso entre las repeticiones.

EJERCICIO 4:

- Objetivo: Que la persona sea capaz de hacer más completa y regular la espiración.
- Se le indica que lleve a cabo la inspiración como en el ejercicio 3 y que se centre en la espiración de forma que pueda hacerla más completa y así contribuir de manera más eficiente a la respiración.
- La espiración se realizará cerrando bastante los labios a fin de que ésta produzca un tenue ruido.
- Resulta útil tratar de silbar cuando se llegue al final de la espiración para así forzar la espiración de parte del aire residual.

EJERCICIO 5:

- Objetivo: Que se establezca una adecuada alternancia respiratoria.
- Este ejercicio es muy similar al anterior pero la inspiración ya no se hace en tres tiempos diferenciados sino en uno continuo.
- En la espiración puede irse sustituyendo progresivamente el silbar al final para ir a un ciclo respiratorio completamente normal.

EJERCICIO 6:

- Generalizar la respiración completa a las condiciones habituales del cliente.

- Se trata de repetir el ejercicio 5 en distintas posiciones y situaciones: tumbado, de pie, andando, con los ojos abiertos, ropas menos adecuadas, introducción de ruidos, interacción con otras personas...
- Es importante que en todas estas variaciones la persona sea capaz de identificar o de recrear las sensaciones que experimentó cuando el entrenamiento se llevaba a cabo en condiciones óptimas.

Actividad 7

Al finalizar los comentarios de las participantes en la actividad anterior, se les hace entrega del material acerca de las técnicas de relajación y respiración y se les pide que como tarea realicen ambas técnicas en su casa y tras éstas que contesten a lo que se les pide en el autorregistro que se les entrega para evaluar la práctica de relajación.

Fin de la sesión.

SESIÓN 4: TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LOS CAMBIOS A MEDIO Y LARGO PLAZO ASOCIADOS A LA MENOPAUSIA

RESUMEN DE LA SESIÓN:

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
4	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Explicar los ejercicios, postura y nutrición, como dos de las técnicas, para tratar los cambios a medio y largo plazo.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas. 2. Explicar la importancia de la nutrición en la etapa de la menopausia. 3. Informar sobre la necesidad de realizar ejercicios y adquirir posturas correctas. 4. Entrega de un test para conocer el riesgo de padecer osteoporosis y de un documento sobre el autoconocimiento de los senos como prevención del cáncer de mama (con el fin de dar respuesta a dudas que aparecieron en sesiones anteriores sobre este tema). 5. Tareas para casa: practicar los ejercicios realizados en la sesión en casa. 	120 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Explicar los ejercicios, postura y nutrición, como dos de las técnicas, para tratar los cambios a medio y largo plazo.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

En esta sesión se comentará que es muy importante llevar una dieta adecuada para reducir los síntomas asociados a la aparición de la menopausia, Al igual que la práctica habitual de ejercicios físicos es un factor que influye favorablemente sobre el estado de salud en muchos aspectos.





La buena nutrición y la práctica de ejercicio hacen que el corazón trabaje en condiciones favorables, por lo que puede evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares, contribuyendo también a disminuir el sobrepeso y la hipertensión. Hay muchas ventajas con la realización de ejercicios de respiración, de una nutrición balanceada y de la práctica de correctas posturas físicas; únicamente es cuestión de adquirir la costumbre.

ACTIVIDADES

1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas.
2. Explicar la importancia de la nutrición en la etapa de la menopausia.

3. Informar sobre la necesidad de realizar ejercicios y adquirir posturas correctas.
4. Entrega de un test para conocer el riesgo de padecer osteoporosis y de un documento sobre el autoconocimiento de los senos como prevención del cáncer de mama (con el fin de dar respuesta a dudas que aparecieron en sesiones anteriores sobre este tema).
5. Tareas para casa: practicar los ejercicios realizados en la sesión en casa.

MATERIAL

-  Tablas de alimentos con calcio
-  Transparencia de ejercicios físicos
-  Ejercicios específicos de flexión y posturas
-  Resumen de la sesión 3

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Presentación de la sesión y revisión de las tareas de la sesión anterior.

Actividad 2

Es muy importante llevar una dieta adecuada para reducir todos los síntomas asociados a la aparición de la menopausia. Una dieta rica en calcio ayuda a retardar la osteoporosis y las ensaladas aportan las vitaminas necesarias para el organismo y disminuyen los sofocos que dan las comidas calientes y pesadas.

También es conveniente cambiar el café por zumos naturales, agua mineral (importante tomarla en grandes cantidades) o leche desnatada con frutas, porque hay ciertos hábitos tóxicos que se deben eliminar como los siguientes:

- ✕ **TABACO** → El tabaco en cantidad superior a 10 cigarrillos al día tiene un efecto antiestrogénico que puede relacionarse con el hecho de que la menopausia aparece antes en mujeres fumadoras que en las que no lo son, aumentando por ello el riesgo de osteoporosis y trastornos cardiovasculares.

- ✗ **ALCOHOL** → El alcohol favorece el déficit de calcio y juega un papel importante en la pérdida de masa ósea contribuyendo al desarrollo de la osteoporosis. También tiene efectos nocivos en el desarrollo de la hipertensión arterial y la obesidad, factores que pueden contribuir a la aparición de enfermedades cardiovasculares.
- ✗ **BEBIDAS EXCITANTES** → Café, té, colas y bebidas gaseosas aumentan la excreción de calcio por la orina. Se pueden tomar pero con moderación.
- ✗ Hay también ciertos alimentos que se deben evitar a partir de ahora como son los condimentos picantes.
- Por otra parte el calcio es el componente mineral más importante del hueso y un déficit en su ingesta o la mala absorción de éste provoca un mayor desarrollo de la osteoporosis. Está científicamente demostrado que el consumo de lácteos durante la infancia y adolescencia retrasa la pérdida de la masa ósea en la postmenopausia ya que el llamado “pico de masa ósea” es mayor al llegar a esta etapa. Los requerimientos de calcio diarios son:

1000 mg/día en mujeres premenopáusicas

1500 mg/día en mujeres postmenopáusicas

Los productos alimenticios más ricos en calcio son la leche y sus derivados que deberán tomarse descremados para no aumentar el consumo de grasas saturadas.

A continuación se presenta una relación de los alimentos que deben constar en una dieta equilibrada y que favorezca la reducción de los síntomas durante la menopausia:

- **Verduras** → Calabacines, berenjenas, col, coliflor, espinacas, acelgas, patatas, zanahorias, brócoli, lechugas, tomate, cebolla, rábano, setas, pimientos.
- **Frutas** → Pomelo, naranja, limón, manzana, fresón, plátano, melón, pera, uva, ciruela, albaricoque, nectarina, etc. No se deben comer más de cuatro piezas al día ya que tienen azúcar.
- **Cereales** → Trigo, maíz, arroz, cebada, centeno, avena. Aportan elementos nutritivos tan valiosos como la vitamina B (mejora la salud física y mental), hierro y minerales. El arroz, las pastas y el pan de harina integral son los más convenientes.

- Legumbres → Garbanzos, lentejas, judías, guisantes y soja (muy importante por la lecitina). Es necesario que estén en la dieta dos veces por semana.
- Huevos → no comer más de dos o tres a la semana porque aumentan el colesterol.
- Carnes → hay que evitar las carnes grasas (cordero, cerdo) pero se puede consumir carne roja en pequeñas cantidades (ej. filete de 100 gr dos veces por semana a la plancha preferiblemente), y pollo sin grasa ni piel una o dos veces por semana.
- Pescado → Es mejor que sea azul y lo podemos consumir incluso a diario (hervido, asado o a la plancha).

Las necesidades calóricas para una mujer entre 50 y 70 años son de 1800 kcal/día, aunque si se quiere reducir peso habrá que disminuir éstas, pero nunca por debajo de las 1200 kcal/día ya que si no es así sería difícil asegurar el contenido equilibrado de proteínas, grasas e hidratos de carbono.

Por otra parte, hay una serie de remedios caseros basados en hierbas medicinales. Se expone una relación de las diferentes hierbas que se aconsejan para reducir los síntomas de las diferentes alteraciones que se han visto hasta el momento:

- Palpitaciones → Valeriana, mielenrama, hipérico, convalaria (lirios del valle) y muérdago.
- Depresiones y nerviosismo → Melisa, mejorana, fumaria, verbena, extracto de ginseng, valeriana, romero, lúpulo y ruda.
- Sofocos → Romero, lúpulo y ruda
- Sudores nocturnos → tres tazas de salvia al día
- Insomnio → Tila, mejorana, lavanda, azahar, lúpulo, melisa, valeriana y menta. Sobre todo comer y fumar menos.
- Hipertensión → 30 gr de mielenrama, 10 gr de ajeno, 20 gr de valeriana, 20 gr de raíz de alharma y 20 gr de flores de espino.

Actividad 3

La práctica habitual de ejercicios físicos desde la infancia es un factor que influye favorablemente sobre el estado de salud en muchos aspectos. Está demostrado que el ejercicio físico aumenta la masa ósea paulatinamente hasta los 30 años que es cuando se alcanza el pico

máximo. Intentar mantener una masa ósea elevada a lo largo de la vida es la mejor medida para prevenir los problemas asociados a la osteoporosis, es fundamental llegar a la edad de la menopausia con la mayor masa ósea posible.

El ejercicio físico puede prevenir o retrasar la osteoporosis y es tan fundamental que el tratamiento continuado a base de estrógenos y suplemento de calcio y vitamina D sólo tiene éxito si se acompaña de un ejercicio adecuado y regular. En un porcentaje de casos elevado el ejercicio por sí solo con una dieta adecuada es suficiente para prevenir la aparición de la osteoporosis.

Al mismo tiempo el ejercicio hace trabajar regularmente al corazón y aumenta los niveles de colesterol bueno (HDL), por lo que puede evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares, contribuyendo también a disminuir el sobrepeso y la hipertensión. El colesterol bueno ayuda contra la arteriosclerosis (cuando un depósito de colesterol y otras sustancias producen la obstrucción de una arteria) y cuando disminuye la producción de estrógeno también disminuye el nivel natural de este colesterol. Por eso es todavía más importante empezar a hacer ejercicio después de la menopausia. El ejercicio diario además nos mantiene flexibles, ágiles y activas, por lo que reduce también angustias y depresiones.

Hay muchos tipos de ejercicios y deportes que se pueden hacer. Los mejores son los ejercicios con el tronco en posición vertical descargando el peso sobre las extremidades inferiores. Esto hace que los músculos trabajen contra la gravedad. Un ejemplo de este tipo de ejercicios es bailar, andar, subir y bajar escaleras y realizar deportes aeróbicos. La natación aunque es un buen deporte para ganar estado físico, no es ideal para aumentar la masa ósea, porque se pierde el efecto de la gravedad y el soporte de peso por estar en el agua. Se recomienda la práctica de un mínimo de 20 minutos y un máximo de una hora de promedio. El ejercicio se debe realizar de tres a cinco veces a la semana. Es importante tener en cuenta que las personas que ya tienen problemas de osteoporosis deben evitar deportes que generen rotación de la columna como el tenis, el golf, los bolos y el squash.

No es necesario que las mujeres que no hayan realizado algún deporte a lo largo de su vida inicien la práctica ahora si no les gusta, ya que deben saber que caminar es uno de los mejores ejercicios. El ritmo de la marcha debe ser más rápido que el paseo normal, con paso largo y braceo y a ser posible por parques o espacios abiertos y soleados para que al mismo tiempo se tome el sol y de paso aumentar la producción de vitamina D. Se debería caminar de 20 minutos a un kilómetro diario.

Para las personas que no están muy acostumbradas se recomienda empezar con paseos o ejercicios que hagan trabajar el sistema cardiovascular o los músculos sólo cinco minutos pero todos los días e ir aumentando un minuto hasta lograr los 20 minutos que es lo mínimo recomendado.

Hay muchas ventajas de la realización de ejercicios físicos y únicamente es cuestión de adquirir la costumbre. Sin embargo también hay contraindicaciones de la práctica de ejercicio para las personas con enfermedades cardiovasculares severas y con pérdidas anormales de potasio y sodio. Por esta razón es conveniente consultar con el médico.

DIEZ CONSEJOS ÚTILES

1. Antes de empezar, consulte a su médico para saber si existe algún tipo de contraindicación que le impida llevar a cabo un plan de acondicionamiento físico.
2. Durante el ejercicio deberá controlar regularmente el pulso y verificar el tiempo de retorno a la calma.
3. Deben predominar las actividades que sirvan para mejorar la resistencia cardio-respiratoria, evitando siempre los esfuerzos muy intensos.
4. La actividad física debe ser regular y constante. En caso de suspender el programa durante cierto tiempo, la reanudación debe ser prudente y progresiva.
5. Cuando esté cansado modere su ejercicio, dosifique juiciosamente los esfuerzos y siga una progresión.
6. Evite esfuerzos que exijan posturas estáticas.
7. Pararse al menor síntoma de dolor, mareo, vértigo, respiración jadeante o dolor de cabeza.
8. Los esfuerzos serán de débil intensidad y de duración relativamente larga.
9. No fuerce su capacidad funcional.
10. Persevere, tenga tenacidad y paciencia para conseguir el fin buscado, evitando siempre quemar etapas.

DEPORTE

- NATACIÓN. Mejora y mantiene la capacidad cardiorrespiratoria y el sistema neuromuscular.
- MARCHA: Sirve para reestablecer el equilibrio y conseguir una marcha correcta. Beneficiosa para la columna y piernas.
- FOOTING: Sólo cuando se esté entrenado en la práctica de la marcha.
- BICICLETA: Móvil o Estática. Ayuda a conservar la autonomía, mantiene en buen estado las articulaciones y los músculos y beneficia al aparato cardiovascular y respiratorio. Aumenta la capacidad de atención, los reflejos, la coordinación y el equilibrio. Vigilar la altura del sillín y la posición correcta: lo más erguida posible.
- YOGA: Siempre que los movimientos se adapten a las características psicológicas y físicas de la persona de edad.
- BAILE O DANZA: Se movilizan todas las articulaciones y músculos del cuerpo. Puede ser una actividad excelente para mantener la condición física.

Actividad 4

En esta actividad se les pasa un test para conocer el riesgo que cada mujer pueda tener de padecer osteoporosis. También se les entrega de un documento sobre el autoconocimiento de los senos como prevención del cáncer de mama (con el fin de dar respuesta a dudas que han aparecido en sesiones anteriores sobre este tema).

CÁNCER DE MAMA-AUTOEXPLORACIÓN

1. ¿ Por qué debe una mujer revisar periódicamente sus mamas?

Porque el CÁNCER DE MAMA es el tipo de cáncer más frecuente en la mujer y si se logra diagnosticar pronto, existen muchas posibilidades de curación.

2. ¿Existen factores de riesgo de padecer un cáncer de mama?

Aunque existen mujeres con mayor riesgo de padecer cáncer de mama, sobre todo si existen casos en su familia, lo cierto es que la mayoría de los casos de cáncer de mama ocurren en mujeres que no tenían factores de riesgo, por lo que, en la práctica, TODAS las mujeres deben revisar periódicamente sus mamas, independientemente de que tengan o no factores de riesgo.

3. ¿ Cómo se hace un diagnóstico precoz del cáncer de mama?

- Realizando una autoexploración mamaria de forma regular (más adelante se explicará cómo hacerla) y consultar con su ginecólogo en caso de que note cualquiera de los síntomas o signos que se explican también a continuación.
- Realizando una revisión ginecológica anual en la que su ginecólogo explorará sus mamas.
- A partir de una determinada edad, es conveniente realizar periódicamente una MAMOGRAFÍA. Para ello, déjese aconsejar por su ginecólogo.

Recuerde que, en la mayoría de las ocasiones, estos signos o síntomas únicamente indicarán la presencia de algún problema benigno en sus mamas, y sólo en un pequeño número de casos, corresponderá a un proceso maligno (cáncer de mama).

No olvide que cuanto antes realice el diagnóstico, mayores serán las posibilidades de curación.

La técnica de autoexploración de mama es un método de prevención del cáncer mamario:

“Colócate delante del espejo y sigue estas indicaciones”:

1. Brazos caídos y comprueba que las mamas mantienen el tamaño y la forma de siempre, que la piel está lisa, sin arrugas ni asperezas y que su borde inferior es regular.
2. Levanta los brazos, por encima de la cabeza y busca si en esa posición notas alguna diferencia entre uno y otro pecho, y también entre las axilas.
3. Baja los brazos y une los brazos a la altura del cuello haciendo fuerza hacia fuera. De esta manera los músculos del tórax se tensan haciendo más visible cualquier anomalía.
4. Comprueba ahora, con la ayuda del espejo, si el surco inferior de las mamas tiene el aspecto habitual.

“Imagínate tu mama en 4 partes, cuyo centro es el pezón. La palpación debes hacerla tumbada boca arriba sobre la cama, colocando una almohada debajo del hombro; con la mano opuesta a la mama a explorar y con los dedos estirados presionaras suavemente contra el tórax:

1. Palpación de la mama izquierda: coloca una almohada debajo del hombro izquierdo; sitúa tu mano izquierda bajo la cabeza; y con los dedos de la mano derecha, juntos y estirados, palpa las 4 partes de esa mama.
2. Palpación de la axila izquierda: sin cambiar de postura, explora detenidamente con la punta de los dedos tu axila izquierda.

3. Palpación de la mama derecha: cambia la almohada y llévala debajo del hombro derecho, y con la mano derecha colocada bajo la cabeza repite con los dedos de la mano izquierda la misma palpación.
4. Palpación de la axila derecha: en la misma postura, explora tu axila derecha.

“La exploración ante el espejo y la autopalpación debes hacerlas cada mes, preferiblemente unos días después de terminada la menstruación. Si ya no tienes la regla, escogerás un determinado día del mes”

Si en la exploración encuentras que:

1. Una mama aumenta o reduce su tamaño o dureza en relación con la otra.
2. La piel de la mama aparece cuarteada, retraída o con manchas.
3. Sale de tu pezón un líquido claro, lechoso o sanguinolento, no estando embarazada o amamantando.
4. El pezón se retrae o tiene llagas.
5. Aparece un bulto en el seno o en la axila.
6. Una cicatriz o bulto de hace mucho tiempo cambia de aspecto, tamaño o consistencia.

Aunque no te duela, si observas alguno de esos síntomas acude de inmediato a tu médico.

Actividad 5

Se recomienda que revisen en casa los ejercicios practicados durante la sesión en casa y se les anima a que realicen la práctica de algún tipo de ejercicio físico.

Fin de la sesión.

SESIÓN 5: TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LOS CAMBIOS A MEDIO Y LARGO PLAZO ASOCIADOS A LA MENOPAUSIA II

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
5	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN</p> <p>Explicar los trastornos de la musculatura del suelo pélvico en la postmenopausia y promover los ejercicios de Kegel para su prevención y tratamiento.</p> <p>Transmitir información sobre las opciones existentes para combatir la sequedad vaginal (escozor, picor y dolor en las relaciones sexuales).</p> <p>Explicación del tratamiento hormonal sustitutivo, que tiene como objetivo sustituir el déficit hormonal, y su utilidad para mejorar los síntomas menopáusicos.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa. 2. Explicación y puesta en práctica de los ejercicios de Kegel para prevenir y / o tratar los cambios que se presentan en la musculatura del suelo pélvico en el climaterio. 3. Presentación de alternativas para la sequedad vaginal. 4. Introducción a los distintos tratamientos médicos para las molestias de la menopausia. 5. Tarea para casa: realizar una lista de pensamientos negativos. 	120 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Explicar los trastornos de la musculatura del suelo pélvico en la postmenopausia y promover los ejercicios de Kegel para su prevención y tratamiento.
- ✓ Transmitir información sobre las opciones existentes para combatir la sequedad vaginal (escozor, picor y dolor en las relaciones sexuales).
- ✓ Explicación del tratamiento hormonal sustitutivo que tiene como objetivo sustituir el déficit hormonal y su utilidad para mejorar los síntomas menopáusicos.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

En esta sesión se abordarán las diferentes formas de tratar las alteraciones sexuales que se pueden presentar por aquellos cambios relacionados con la menopausia.

Para iniciar se recordará que la menopausia suele producir trastornos del aparato genitourinario como consecuencia de la alteración de la musculatura de sostén de los órganos alojados en la pelvis. Estos desordenes pueden manifestarse en diferentes formas por lo que es muy importante la prevención y el tratamiento.

Se hablará también de la relación que existe entre sexualidad y menopausia recordando las alteraciones vaginales. Por otro lado, se comentará que este período de sus vidas se está abriendo

una etapa en la que se van a modificar vivencias y comportamientos sexuales debido a la madurez afectiva de la mujer y que puede transmitir a su pareja. Aquellos cambios del climaterio, como la sequedad vaginal que se provoca, pueden contribuir a que la relación sexual pueda no ser satisfactoria y dar lugar a manifestaciones psicológicas, de mayor o menor relevancia, por ello se transmitirá información para tener algunas herramientas de modificación sobre estos cambios.

Otro de los temas a tratar en esta sesión es la terapia hormonal sustitutiva que consiste en la administración de estrógenos para suplir la deficiencia de éstos cuando el ovario deja de producirlos en la menopausia. Se comentarán algunas de las formas de tratamiento con estrógenos.

ACTIVIDADES

1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa.
2. Explicación y puesta en práctica de los ejercicios de Kegel para prevenir y / o tratar los cambios que se presentan en la musculatura del suelo pélvico en el climaterio.
3. Presentación de alternativas para la sequedad vaginal.
4. Introducción a los distintos tratamientos médicos para las molestias de la menopausia.
5. Tarea para casa: lista de pensamientos negativos.

MATERIAL

- ☞ Transparencia ejercicios de Kegel
- ☞ Transparencia elección del lubricante adecuado
- ☞ Transparencia de relaciones derivadas de la atrofia vulvovaginal
- ☞ Transparencia tipos de tratamiento hormonal
- ☞ Transparencia contraindicaciones del THS
- ☞ Transparencia beneficios del THS
- ☞ Transparencia tipos de hormonas en el THS
- ☞ Transparencia tratamientos no hormonales
- ☞ Transparencia moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERM)
- ☞ Transparencia del tratamiento hormonal alternativo
- ☞ Resumen de la sesión 4

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa.

Actividad 2

Se iniciará esta actividad explicando que a partir de la menopausia suelen producirse trastornos del aparato genitourinario como consecuencia de la alteración de la musculatura de sostén de los órganos alojados en la pelvis.

Estos desordenes pueden manifestarse de diferentes formas:

- Incontinencia urinaria a pequeños o grandes esfuerzos.
- Incontinencia de gases y de heces.
- Descenso de los órganos de la pelvis: vejiga, recto y útero.

De todos estos trastornos los más frecuentes y los más comprometen el bienestar de la mujer son: la incontinencia de orina y las alteraciones en las relaciones sexuales. En este tipo de alteraciones es muy importante la prevención y el tratamiento:

Prevención (si no hay síntomas)

La prevención debe iniciarse en la pubertad, y fundamentalmente durante el embarazo haciendo trabajar a los músculos del suelo de la pelvis aumentando su tono y fortaleza.

Estos movimientos, que se conocen como ejercicios de Kegel, se realizan tanto tumbada como de pie o sentada, manteniendo la tensión del músculo unos segundos y relajando lentamente. Han de practicarse varias veces al día, en diez tiempos cada uno a ser posible asociándolos alguna actividad física cotidiana.

1. *Primer ejercicio:* consiste en interrumpir un chorro “imaginario” de orina (contraer el esfínter de la orina), manteniéndolo unos segundos y relajándose a continuación. Pero nunca debe cortar el flujo de orina de verdad, ya que esto puede producir reflujo de orina y favorecer las infecciones urinarias.
2. *Segundo ejercicio:* consiste en cerrar el ano (contraer el esfínter del ano) sin contraer los glúteos ni los muslos al mismo tiempo. Mantener unos segundos la posición y relajar.
3. *Tercer ejercicio:* consiste en cerrar la vagina verticalmente, como si se impidiera salir al niño. Mantener unos segundos y relajar.

Los primeros días de práctica puede ser difícil diferenciar claramente el primer y el tercer ejercicio. Con paciencia y concentración se llegarán a identificar que parte del cuerpo están trabajando cada uno.

Tratamiento (si ya hay síntomas)

Aumentar el número de los ejercicios de Kegel, llegando a sesenta tiempos cada uno realizándolos tres veces al día.

El empleo de estos tratamientos evitarán, en la edad madura, que aparezca el trastorno genito-urinario más frecuente, la pequeña incontinencia urinaria, que llega a afectar a un 50% de las mujeres de 60 años.

Actividad 3

En esta actividad se da información sobre las posibles soluciones existentes para mejorar las molestias derivadas de la sequedad vaginal.

Alternativas sexuales

Con la llegada de la menopausia y en definitiva el climaterio muchas mujeres tienen dificultades a causa de una autolubricación insuficiente. Sin embargo y contrario a lo que se cree este es un problema que generalmente es temporal y puede ser solucionado fácilmente, además hay que tener en cuenta que no aparece en todas las mujeres y no siempre es irreversible ni progresiva.

El primer paso consiste en ponerse en contacto con el ginecólogo y hacerle saber los síntomas que se tienen. Si se comprueba que no hay ninguna enfermedad existente seguramente indicará la conveniencia de un buen humectante vaginal que le proporcione la lubricación necesaria.

Es muy importante la elección del lubricante, ya que tiene que tener una base hídrica o al menos soluble en agua. No se deben utilizar lubricantes provenientes del petróleo, como la vaselina o aceites minerales, ya que no son solubles en agua y pueden adherirse a la mucosa vaginal y disfrazar infecciones o favorecer el desarrollo de bacterias. Otros lubricantes que

popularmente han sido usados pero que no se deben utilizar son por ejemplo la jalea de petrolato, margarina, aceites comestibles, crema para las manos y lociones corporales.

Es conveniente que el producto que se use sea ligeramente ácido, con un pH no mayor de 5.0, de tal forma que sea parecido al pH natural de esta parte de su cuerpo. Esto evita el desarrollo de bacterias que con mayor frecuencia invaden la vagina. Se debe elegir un gel ligero que no manche, (preferentemente que tenga larga duración del efecto lubricante) que le permita usarlo no inmediatamente antes del contacto sexual, ya que esto le permite una mayor espontaneidad y seguridad en esos momentos. Es importante que esté libre de esencias y sabores, ya que estos ingredientes son irritantes en la sensible área genital. Se debe seleccionar un lubricante ligero y de larga duración. Muchos lubricantes disponibles en el mercado, incluyendo los de los preservativos pre-lubricados dan una sensación agradable pero se secan rápidamente provocando que aumente la posibilidad de que el condón se rompa. Los lubricantes de larga duración disminuyen este riesgo junto con el de la probable laceración (provocación de heridas) del tejido vaginal.

Otro aspecto a considerar es que su aplicación sea fácil y conveniente para cada persona, y sobre todo fácilmente lavable por completo. Como regla, mientras más rápido se disuelva en agua, más fácilmente se eliminará. En otras palabras, es importante escoger el lubricante que más se parezca a la lubricación natural de su cuerpo.

En cuanto a las relaciones sexuales, los cambios en el ciclo estrogénico, o la pérdida de la capacidad sexual no son los responsables de los posibles cambios, sino frecuentemente la carencia de oportunidades, unida a una ideología restrictiva sobre el placer de la mujer madura los que limitan la vida sexual de las mujeres menopáusicas. La monotonía de las relaciones y la inadecuada comunicación también afectan a su vivencia sexual.

Se debe tener en cuenta que la intensidad de la respuesta sexual puede variar a lo largo de los años y en cualquier momento de la vida. La experiencia sexual de cada persona es única, irrepetible y válida en la medida que responda a la necesidad de obtener placer. Sin embargo, por ejemplo se nos presenta el coito como la única forma de placer sexual. Hay muchas otras formas de expresar la sexualidad. La idea de que el único órgano sexual de la mujer es la vagina todavía está muy extendida, pero las mujeres, además de vagina tienen clítoris. Es un pequeño órgano recubierto por un pliegue de los labios menores y que es muy sensible, Muchas mujeres lo conocen y lo tienen siempre en cuenta en sus juegos sexuales, pero hay muchas otras que todavía no conocen sus posibilidades.

Además de los órganos genitales, hay otras partes del cuerpo capaces de hacer disfrutar: los pechos, las rodillas, los muslos, las manos, las orejas, las nalgas, el cuero cabelludo. Todas las zonas son sensibles, sólo es necesario descubrirlas, relajarse, buscar el placer, dejarse llevar. Hay que quitarse el miedo y decirle a nuestra pareja lo que nos gusta y estar dispuesta a descubrir un mundo nuevo. No hay que olvidar que hacer el amor relaja y quema calorías.

Actividad 4

En esta actividad se trata de exponer todos aquellos tratamientos médicos existentes para contrarrestar todas aquellas molestias que aparecen alrededor de la menopausia como consecuencia fundamentalmente del reajuste en el nivel de estrógenos.

La ausencia de estrógenos, la principal hormona femenina, es un factor de riesgo, o causa de la aparición de calores, osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, problemas vaginales, alteraciones del estado de ánimo y pérdida de la sensación de bienestar, como se ha venido diciendo en todas las sesiones anteriores. Esto no quiere decir que los problemas siempre se presentarán pero sí significa que en esta etapa la mujer debe someterse a una cuidadosa búsqueda de antecedentes personales y familiares relacionados con su salud, su condición física actual, la ocurrencia de signos específicos (calores, dolor articular,...) y sus hábitos de vida para anticipar los riesgos a sufrir determinadas enfermedades que se dan con más frecuencia en la menopausia. Las alternativas médicas existentes hoy en día para retrasar, evitar o minimizar muchas de ellas son actualmente muy variadas y lo que determinará la elección de una u otra, además del consejo del médico, es la comparación entre ventajas e inconvenientes, escogiendo aquella que nos proporciona una mejor calidad de vida, corriendo riesgos mínimos.

Las opciones médicas existentes para el tratamiento de las alteraciones debidas a la menopausia son las siguientes:

- A. THS
- B. Tratamientos no hormonales
- C. Moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERM)
- D. Tratamiento hormonal alternativo

A. Tratamiento hormonal sustitutivo (THS):

Lo primero que se debe decir es que el THS no es una solución para todos los problemas de la menopausia, ni tampoco una receta para mantenerse eternamente joven. Hace años la estrogenoterapia se realizaba a base de grandes y prolongadas dosis. El resultado era una estimulación intensa del endometrio. Posteriormente, se descubrió que la administración de estrógenos en grandes dosis se relacionaba con la aparición de cáncer de endometrio y de mama. Se están utilizando estos tratamientos de nuevo pero con mucho más cuidado. Se emplean dosis más reducidas de estrógenos, preferentemente naturales, no sintéticos, aplicados como cremas o parches sobre la piel y asociados a un gestágeno sintético (cumple función de la progesterona) que disminuya los posibles efectos indeseables de los estrógenos (sólo en mujeres que conservan la matriz).

La gente que lo apoya se basa en que la administración de pequeñas dosis de estrógenos ayuda a compensar los altibajos que se crean a lo largo del período de transición hormonal.

Antes de iniciar el THS se deben valorar los antecedentes de cada mujer y llevar a cabo una exploración para descartar contraindicaciones y valorar el perfil de riesgo. En esa exploración se deben evaluar los siguientes aspectos:

- Si padece o ha padecido cánceres hormonodependientes (mama y endometrio).
- Si existen hemorragias uterinas de causa desconocida.
- Si existen antecedentes de tromboflebitis o enfermedad tromboembólica.
- Si existen enfermedades hepáticas (en esos pacientes es mejor la administración de estrógenos por vía subcutánea puesto que evitan el metabolismo hepático).
- Si existen miomas uterinos, ya que éstos son sensibles a los estrógenos y pueden aumentar de tamaño en las mujeres sometidas a THS
- Si existen varices importantes.
- Si padece diabetes o hipertensión arterial.
- Si hay aumento anormal de colesterol y lípidos.
- Si la mujer es obesa o fumadora.

Para obtener información de todos los aspectos anteriores hay que realizar una serie de pruebas como una historia clínica detallada, un examen físico (tensión arterial, peso, exploración de mama y del aparato genital), una citología vaginal y biopsia del endometrio, analítica (colesterol, lípidos, lipoproteínas, FSH y LH, estradiol, prolactina y glucemia) una densiometría ósea y una mamografía. La mayoría de estas pruebas deben repetirse cada seis meses una vez iniciado el tratamiento.

La THS estará tanto más indicado cuanto mayor sea el riesgo de osteoporosis y será menos recomendada cuantos más factores de riesgo o contraindicaciones presente la mujer.

En general los beneficios que se han observado por la administración del THS son:

- Problemas cardíacos: la administración de estrógenos por vía oral reduce los niveles de colesterol malo y aumenta el bueno, con lo cual reduce el riesgo de infarto.
- Accidentes vasculares cerebrales: parece que existe una ligera disminución del riesgo de padecerlos.
- Osteoporosis: la THS reduce la remodelación del hueso y la pérdida de masa ósea, con lo que reduce el riesgo de fracturas de cadera, de muñeca y vertebrales. Este efecto protector aumenta con la duración del tratamiento.
- Otros efectos: reduce los sofocos, mejora la mucosa genital.

Pero además de comentar los beneficios, es necesario saber también qué riesgos conlleva, ya que la decisión de tomarlo o no dependerá del balance entre riesgos y beneficios. A continuación se presentan algunos de ellos:

- Cáncer de endometrio y de mama (porque dependen de estrógenos): Este riesgo es mayor cuando se toman estrógenos solos que cuando se combinan con gestágenos. Además el riesgo de cáncer de mama aumenta con la duración del tratamiento.
- Aumenta la posibilidad de padecer enfermedad vesicular.
- Los tratamientos combinados de estrógenos y gestágenos cíclicamente presentan una hemorragia vaginal periódica.
- Cefaleas, cambios de humor y dolor mamario.

Ahora se verá qué tipo de hormonas son las utilizadas y las vías de administración:

➤ **ESTRÓGENOS:**

1. Estradiol: es el más utilizado en Europa. Es más potente que el Estriol y que la Estrona, que son los estrógenos producidos por el ovario. Puede ser administrado de forma continua o cíclica, y sus vías de administración son:
 - Oral: es muy usada. Los estrógenos orales son inactivados en gran parte al absorberse a través de las paredes intestinales y al pasar por el hígado.
 - Percutánea: en forma de gel o crema. El estradiol aplicado sobre la piel se absorbe en menos de diez minutos. Se aplica indistintamente por la superficie del abdomen, cara externa de los brazos, muslos, hombros o cuello y se espera cinco minutos antes de vestirse.
 - Parches transdérmicos: suponen una vía cómoda de administración y han demostrado ser eficaces. El medicamento se absorbe a través de la piel y se libera poco a poco al torrente sanguíneo durante tres o cuatro días. Una vez que la mujer se pone el parche puede realizar su vida normal incluso ducharse con él. Se suelen poner por debajo de la cintura (nalgas, parte inferior de la espalda).
 - Implantes subcutáneos: son poco utilizados en la actualidad ya que varía mucho los niveles en sangre de una persona a otra, pudiendo existir riesgo de sobredosis.
 - Cremas vaginales: solo mejoran las molestias asociadas a la vagina (sequedad).
2. Estriol: es un estrógeno débil. La vía de administración más utilizada es la vagina. Es muy útil para mejorar la sequedad y puede extender su acción a vejiga y uretra.
3. Estrógenos sintéticos: son demasiado potentes para una THS. El más utilizado es el Etilnil-estradiol, el utilizado en la mayoría de los antiovlutorios. Su utilización estaría indicada en la pre-menopausia para evitar un embarazo no deseado.

➤ **GESTÁGENOS:**

La asociación de un gestágeno a la terapia estrogénica previene el desarrollo de un cáncer de útero por su efecto protector sobre el endometrio. Los progestágenos más utilizados son la Progesterona natural micronizada y la medroxiprogesterona, que es un gestágeno sintético.

1. Progesterona natural: debido a la escasa utilidad clínica de la progesterona natural por su pobre absorción y su rápida metabolización, se utiliza la progesterona micronizada. Se suele usar por vía oral pero es una buena alternativa la administración por vía vaginal.
2. Gestágenos sintéticos: el acetato de medroxiprogesterona es el más utilizado en la THS. Se absorbe muy rápidamente por vía oral.

➤ **ANDRÓGENOS:**

Se asocian a los estrógenos y tienen un efecto muy favorable sobre los problemas relacionados con la sexualidad.

B. Tratamientos no hormonales:

- Bifosfonatos o difosfonatos: actúan provocando cambios metabólicos en el hueso parecido al de los estrógenos, pero no son hormonas. Estas sustancias son efectivas para la prevención de la osteoporosis en personas con muy alto riesgo a desarrollarla o para quienes ya la padecen. Se utilizan por vía oral.
- Fitoestrógenos que son sustancias de origen vegetal que se encuentran principalmente en la soja. El más importante es la isoflavona. Tienen una acción similar a los estrógenos pero más débil y más corta y suponen una alternativa natural al tratamiento con estrógenos. Su aplicación no es nueva, ya que la soja se ha utilizado como componente básico de la dieta oriental. Hay evidencias de que pueden prevenir la pérdida de masa ósea, inhibiendo la reabsorción del hueso. Además se le ha atribuido propiedades antivíricas, antibacterianas, antihipertensivas y

antiinflamatorias. En la actualidad se dispone de la soja como producto farmacéutico en cápsulas orales.

C. Moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (S.E.R.M):

Los estrógenos son hormonas que ejercen su acción en los tejidos (hueso, corazón, vagina, etc.) debido a que en éstos, en la pared de las células que los componen, existen unas sustancias que reconocen a esos estrógenos y los dejan entrar para que realicen su trabajo: son los receptores estrogénicos. Cuando los estrógenos disminuyen con la menopausia, todos esos tejidos quedan desprotegidos. Durante la menopausia esos receptores continúan igual en las células. Las S.E.R.M actúan uniéndose a las células en estos receptores, pero de forma selectiva, como su nombre indica. Esto quiere decir que tienen la propiedad de modificar o modular a unos receptores sí y a otros no, para actuar en unos tejidos como si fuesen estrógenos, con los mismos efectos, pero en otros con efecto contrario o sin efecto. En mujeres con ciertas enfermedades que son agravadas por la presencia de estrógenos (miomas, ciertos tipos de cáncer como el de mama o endometrio) estas sustancias les pueden resultar muy útiles durante la menopausia, ya que actuarían como los estrógenos favorablemente sobre el hueso, el corazón, la vagina, etc., pero no actuarían, o tendrían el efecto contrario, sobre el tejido de la matriz y mamas.

Estas sustancias aunque actúan como los estrógenos, no son hormonas ni derivados de ellas y los más utilizados son el Tamoxifeno y el Raloxifeno. El primero se utiliza como antiestrógeno en el tratamiento de cáncer de mama, pero puede producir hemorragias y aumenta el riesgo de cáncer de endometrio por su acción estrogénica exagerada sobre el útero. Además tiende a precipitar la reducción vaginal y los sofocos. El segundo también protege contra el cáncer de mama pero sin el efecto sobre el útero.

El Raloxifeno también disminuye el riesgo de fracturas óseas porque reduce la reabsorción del hueso (actúa como estrógeno) y normaliza el equilibrio del calcio. Asimismo, tiene un efecto benéfico sobre el hígado al disminuir el colesterol total y el malo (LDL) y los triglicéridos. Por el contrario, no es útil para reducir los sofocos ni para los problemas vaginales. En definitiva esta alternativa es una buena elección para las mujeres que tienen alto riesgo de osteoporosis, que tengan o hayan tenido cáncer de mama, no tienen problemas con los sofocos y no pueden o no quieren recibir la terapia hormonal sustitutiva.

D. Tratamiento hormonal alternativo:

Se incluyen en este apartado los gonadomiméticos (Tibolona). Son sustancias sintéticas capaces de realizar, simultáneamente las acciones de todas las hormonas sexuales. Tienen, por tanto, capacidad de actuación como estrógenos, gestágenos (sustancias análogas a la progesterona) y andrógenos, aunque con distinto nivel de actividad. El efecto similar al de la progesterona, que es el predominante, hace que la posibilidad de sangrado prácticamente se elimine. EL efecto similar al del estrógeno actúa sobre los sofocos, insomnio, previene a largo plazo la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular. Se presenta como una alternativa a la terapia hormonal tradicional, y está indicado para aquellas mujeres a quienes le parece intolerable el sangrado vaginal asociado con la terapia tradicional, para quienes han tenido tumores dependientes de hormonas (mama y endometrio) o tienen factores de riesgo para padecerlos. Se usa por vía oral y sus resultados tardan en notarse al menos en 12 meses. Es un fármaco sólo aplicable en la menopausia con lo cual es imprescindible esperar un año al cese de la regla para su aplicación.

Actividad 5

Como tarea para la casa se les pedirá que hagan una lista de pensamientos negativos, con los cuales trabajaremos en la próxima sesión que trata de identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales.

Fin de la sesión.

SESIÓN 6: IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DE PREOCUPACIONES EXCESIVAS Y CREENCIAS IRRACIONALES

RESUMEN DE LA SESIÓN

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
6	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Explicar que son las Creencias Irracionales, que tipos de creencias son las más comunes y mostrar en que momentos se presentan estas ideas. Transmitir la forma de aprender a identificar los diferentes tipos de ideas irracionales. Controlar pensamientos negativos. Aprender a desmontar y modificar las ideas irracionales por pensamientos racionales. Buscar alternativas. Parada de pensamientos negativos recurrentes.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Presentación de los objetivos de la sesión. 2. Qué son las creencias irracionales. Algunas Creencias Irracionales (Ellis). 3. Modelo A-B-C (según modelo de Ellis) 4. Distorsiones cognitivas (T.C. Beck). 5. Enseñar cómo desmontar las respuestas cognitivas inadecuadas. 6. Explicación y puesta en práctica de la técnica de parada de pensamientos distorsionados. 7. Tarea para casa: Autorregistro de pensamientos negativos y realización de ejercicios escritos, donde se debe sustituir el pensamiento irracional que se les plantea, por otro racional.</p>	120 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Explicar que son las Creencias Irracionales, que tipos de creencias son las más comunes y mostrar en que momentos se presentan estas ideas.
- ✓ Transmitir la forma de aprender a identificar los diferentes tipos de ideas irracionales.
- ✓ Controlar pensamientos negativos:
- ✓ Aprender a desmontar y modificar las ideas irracionales por pensamientos racionales.
- ✓ Buscar alternativas.
- ✓ Parada de pensamientos negativos recurrentes.

PROCEDIMIENTOS Y CONTENIDOS

Se empezará la sesión 6 con la “lámina de la mujer”. En esta lámina se puede ver a una mujer joven o anciana. Esta tarea es para que comprueben que la realidad no es la misma para todos, que depende del prisma bajo el que se la mire.

Posteriormente se hará una pequeña introducción explicando qué son las creencias irracionales y qué importancia tienen en el desarrollo de alteraciones emocionales y conductuales.

Se expondrán las creencias básicas que propone Ellis, con el objetivo de que aprendan a identificar dichas creencias. A continuación se les pasará a explicar el modelo A-B-C (versión de Ellis), demostrando la relación entre pensamientos, emociones y conductas. Se les mostrará un ejemplo, donde se expondrá un suceso cotidiano y se verán pensamientos tanto racionales como irracionales y qué consecuencias se derivan en cada caso. Después se les mostrará otra situación, un tanto ambigua y se les pedirá que digan lo que pensarían en esa situación. La finalidad es ver cómo ante un mismo hecho, diferentes personas lo perciben de formas muy diferentes. Por último, expondremos las distorsiones cognitivas más frecuentes (Terapia Cognitiva de Beck) y se trabajará con ellas a través de ejemplos. También se abordarán los términos “debería”, “estoy obligado”, etc., y se explicará porque son erróneos.

Posteriormente el objetivo es enseñarlas a controlar sus pensamientos negativos automáticos, bien a través de la parada de pensamiento y/o de otro método basado en la búsqueda de argumentos que den evidencia a favor y en contra de tales pensamientos, para que se den cuenta por sí mismas de los sesgos de sus ideas. Se buscarán también alternativas, aunque este apartado se trabajará con mayor profundidad en la sesión 8 con la técnica de Solución de Problemas.

Como tareas para casa, se les mandará que rellenen un autorregistro de situaciones y pensamientos negativos para que aprendan a identificar sus pensamientos erróneos.

ACTIVIDADES

1. Presentación de los objetivos de la sesión.
2. Qué son las creencias irracionales. Algunas Creencias Irracionales (Ellis).
3. Modelo A-B-C (según modelo de Ellis)
4. Distorsiones cognitivas (Terapia Cognitiva de Beck)
5. Enseñar cómo desmontar las respuestas cognitivas inadecuadas.
6. Explicación y puesta en práctica de la técnica de parada de pensamientos distorsionados.
7. Tarea para casa: Autorregistro de pensamientos negativos y realización de ejercicios escritos donde deben sustituir el pensamiento irracional que se les plantea por otro racional.

MATERIAL

- ☞ Transparencia “Lámina de la mujer”
- ☞ Transparencia Creencias irracionales de Ellis
- ☞ Transparencia Modelo A- B-C (según Ellis)
- ☞ Transparencia Ejemplo del modelo A-B-C
- ☞ Transparencia Distorsiones cognitivas (Terapia Cognitiva de Beck)
- ☞ Transparencia, pasos que se han de seguir para desmontar una idea irracional
- ☞ Material que se entregará al grupo de mujeres
- ☞ Ejercicios escritos que han de realizar en la sesión
- ☞ Tarea para casa: Autorregistro de pensamientos
- ☞ Resumen de la sesión 5

DESARROLLO DE LA SESIÓN.

Actividad 1

Se empezará la sesión con los objetivos de la sesión y a continuación se les mostrará la “Lámina de la mujer” y se les preguntará a las mujeres qué ven. Dependiendo de nuestra percepción veremos o a una mujer joven o a una mujer mayor, anciana. El objetivo de esta actividad es demostrar lo relativa y ambigua que es la realidad.

Actividad 2

Las cogniciones son el modo de pensar y son el determinante más poderoso de nuestro sentir y de nuestro actuar. La forma en que percibimos la realidad, es el color de los cristales de las gafas a través del cual miramos el mundo que nos rodea.

Por eso, el objetivo es cambiar las cogniciones, aprender a utilizar un color de gafas para mirar al mundo que no esté atado a sesgos y que no nos provoquen gratuitamente e inútilmente emociones negativas como tristeza, ansiedad culpabilidad, miedo, ira... Se dice "inútilmente" porque interfieren en la consecución de las metas, crean malestar y alteran la conducta. Muchos de los estados disfuncionales, se deben a estas *ideas irracionales*. Y estas ideas que se tienen como un pensamiento automático impuesto por nuestra cultura, están sometidas a numerosos *sesgos* que distorsionan la realidad.

Así pues, en ocasiones los problemas se vuelven más graves de lo que en realidad son porque se tienen unas ideas de la vida que no siempre son acertadas:

“La realidad no en sí misma buena o mala, la interpretación que hacemos de ella la hace de una u otra forma”.

En nuestra interpretación de la realidad influye nuestro pasado, las situaciones que hemos vivido y la interpretación que hemos hecho de ellas. Y el pasado no existe, lo que existe es la memoria del pasado. *Creamos nuestra realidad y nuestro pasado y somos esclavos de la realidad que nos formamos.*

Si cambiamos la interpretación del pasado, si cambiamos el color de los cristales de las gafas a través del cual vemos el mundo, seremos mentes activas y buscaremos pensamientos menos sesgados por la cultura, que nos ayuden a ser un poco más objetivos.

Según lo dicho, se expondrán algunas de las creencias irracionales que tenemos, posteriormente cómo es nuestro procesamiento de la información, y por último qué errores cometemos al interpretarla.

Creencias Irracionales:

✕ *Un adulto tiene la absoluta necesidad de ser amado y aprobado por casi todas las personas que le rodean en casi todo lo que hace:*

Aunque es deseable ser amado, es cuestionable su necesidad. Aunque 99 nos amaran y nos aceptaran, siempre existirá la persona 100 o 101 que no lo hará. Es imposible que seamos siempre simpáticos, y debido a nuestras diferencias individuales nos gustarán más unas personas que otras y seremos gustados más por unas personas que por otras.

✕ *Una persona tiene que conseguir plenamente todo lo que emprende:*

No tiene sentido el estar comparándose de forma envidiosa con los logros de los demás, puesto que no se tiene ningún control sobre el comportamiento de ellos sino sólo sobre el de uno mismo. Además el concentrarse en la creencia de que se debe tener éxito y ser competente a menudo aparta al individuo de un objetivo importante que es vivir feliz. Debemos concentrarnos en disfrutar, no sólo en el resultado sino en el proceso de lo que se hace.

- ✘ *Algunas personas son ruines, malas y merecen ser duramente censurados y castigados por sus faltas:*

Una mala acción no hace mala a una persona.

- ✘ *Es terrible, catastrófico e insoportables que las cosas no marchen como uno desea:*

Siempre que sea posible, se debe intentar sacar el máximo provecho de las situaciones negativas, aprender de ellas, aceptarlas como un desafío o integrarlas de forma útil en la vida.

- ✘ *Las desdichas de los seres humanos vienen del exterior. Los seres humanos son relativamente incapaces de deshacerse de sus penas y de sus aflicciones:*

La mayoría de las agresiones que vivimos son ataques psicológicos cuya capacidad de hacer daño es mínima o no existe, a no ser que se crea "erróneamente" que pueden dañar o nos dejemos perjudicar.

- ✘ *Puesto que una cosa es o puede ser peligrosa, es inevitable que los seres humanos se preocupen profundamente de ello y se atormenten sin descanso por tal motivo:*

Aunque es sabio prever la posibilidad de un peligro no lo es estar ansioso, tener miedo, y a menudo impide ser eficaz de prevenir o enfrentarse a un hecho real. La mayoría de las preocupaciones no las causan peligros externos sino las respuestas a nuestras preguntas internas: “¿Y si pasa esto?” Nuestros miedos irracionales son ayuda a evitar los peligros.

- ✘ *Es más fácil eludir las dificultades y las responsabilidades que hacerles frente con la disciplina de uno mismo:*

La confianza en uno mismo surge de hacer algo, nunca de evitarlo. El malestar que supone la evitación es 10 veces mayor que el que uno se imagina que puede existir si de verdad se compromete a ello.

- ✘ *Nuestro pasado tiene una importancia capital y es inevitable que lo que nos ha afectado profundamente siga haciéndolo durante toda nuestra vida.*

La mayor felicidad se alcanza pasivamente, dejándonos vivir.

Éstas son algunas de las Creencias irracionales que tenemos en nuestra cultura y aunque no nos demos cuenta, están tan arraigadas que interfieren en todo lo que hacemos, y en las situaciones que vivimos.

Actividad 3

El propósito es demostrar la relación entre pensamientos, sentimientos y conducta a través del modelo A-B-C siguiendo la versión de Ellis. Los componentes de este modelo son:

A: Experiencia real de la vida del sujeto (acontecimiento activador).

B: Creencias que la experiencia anterior puede suscitar. Cómo se percibe el acontecimiento.

C: Consecuencia, que se corresponderá con el malestar emocional y/o conductual.

Se procede a verlo con un ejemplo:

A: Tu único hijo que aún vivía en casa se acaba de independizar.

B: “Ahora que voy a hacer, ya no tengo de quién cuidar, no sirvo para nada”

C: Sentimientos de tristeza y ansiedad. Aislamiento, reducción de actividades, etc.

En sentido más positivo:

B: “Ahora es el momento para disfrutar más de mi tiempo libre y de mi pareja y de hacer todas aquellas cosas que durante estos años no he podido”.

C: Sentimientos de alegría, sensaciones de paz y tranquilidad. Planificación de actividades.

Así, ante un mismo hecho se producen sentimientos y comportamientos diferentes. En el primer caso, B (“Ahora que voy a hacer, ya no tengo de quien cuidar, ya no sirvo para nada”) causa unas alteraciones emocionales y conductuales. Por tanto, B es una creencia irracional, muy arraigada en nuestra cultura, en donde se considera que la principal función de la mujer es procrear y cuidar de los hijos. Más adelante, cuando se expongan las Distorsiones cognitivas que propone Beck se analizarán los contenidos erróneos que tiene este pensamiento.

El esquema A-B-C viene a decir que A (acontecimiento activador) no causa directamente C (consecuencia emocional y/o conductual), sino que C es causado por B (creencias acerca de A). B son por tanto las Creencias Irracionales, objetivo de cambio para eliminar el malestar

emocional (ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, ira...) y las alteraciones conductuales (llorar, gritar, aislamiento...).

A continuación, se propone una situación:

“En un concurrido concierto de ópera, una mujer se levanta de repente, da una bofetada al hombre que está junto a ella y sale corriendo hacia la salida”. Se les pregunta a las mujeres que pensarían en esta situación y se va apuntando en la pizarra para que vean la diversidad de pensamientos que pueden surgir de un mismo suceso.

“¿ Qué ha pasado entre ambos? No lo sabemos. Cada persona que ha visto la escena reacciona a su forma. Una mujer se sobresalta, un adolescente se encoleriza, un hombre maduro empieza a deprimirse, un asistente social tiene una sensación agradable. ¿ Por qué el mismo suceso provoca tan diferentes emociones entre la audiencia?. Se examinan los pensamientos de cada observador:

La mujer asustada pensó “ en casa siempre la debe de estar molestando y no ha podido aguantar más”, imaginando los detalles de una paliza brutal y recordando todas las veces que ella ha sido maltratada. El adolescente colérico pensó “el sólo quería un beso y ella le ha humillado. Pobre tío, realmente es una perra”. El hombre maduro pensó “ahora ya la ha perdido y nunca volverá a verla”, mientras veía la cara de su esposa llena de cólera. La asistente social sintió un placer agradable porque pensó “se lo ha ganado, ¡ qué mujer más fuerte! Quisiera que algunas mujeres más tímidas que conozco hubieran visto esto”.

En cada caso, la emoción del observador fue una consecuencia de los pensamientos. El suceso fue interpretado, juzgado y etiquetado de tal forma que era inevitable una respuesta emocional particular. Todas las personas están continuamente describiéndose el mundo a sí mismas. Hacen interpretaciones de lo que ven y oyen, juzgan los sucesos como buenos y malos, temibles o agradables, predicen si pueden ocasionarles algún peligro o una seguridad relativa.

Actividad 4

Se abordan los errores más frecuentes que se cometen en las interpretaciones y los juicios que hacemos sobre los hechos. Y se ponen ejemplos.

✕ Sobregeneralización: Por una situación concreta se piensa que siempre ocurrirá.

Por ejemplo:

”Mi marido me ha dicho que estaba muy mala la comida – a nadie le gusta mi comida.”

Debemos olvidar términos del tipo: todo, nada, nadie, el mundo entero, en ningún lugar, siempre, nunca; intentad expresar las situaciones del modo más concreto posible.

Ej. ”No gusto a nadie, le caigo mal a todo el mundo, nunca tendré amigos, nadie me invita a ninguna parte”. Hay que pensar si tenemos prueba alguna sobre estas afirmaciones y decir: ¡basta ya! No he conocido a todo el mundo, parece que desagrado a algunas personas, pero a otras les agrado bastante, por lo tanto tengo algunos amigos.

✕ Etiquetamiento (o designación global): Consiste en etiquetar a las personas o a las cosas sin analizar a la persona en todos sus aspectos.

“Soy una fracasada, mi casa es una cuadra, el hijo del vecino es un sin vergüenza”

Son palabras que solemos usar para describirnos o al menos hablar de nosotras u otras personas de un modo negativo: estúpida, desgraciada, fea, gorda, perezosa, desagradable etc. Debemos ser más específicas, ya que estos términos nos estamos refiriendo sólo a una parte de nosotras mismas o a una experiencias concretas.

Ej. ” No estoy gorda, sino que peso 8 kilos más de lo que debiera”.

✕ Filtrado (o abstracción selectiva): De toda la realidad sólo captas algunas cosas de la realidad, y suelen ser las cosas negativas.

”Se va de vacaciones una semana y por un día que discute son su marido todo ha ido mal”.

Hay que buscar un equilibrio, si tendemos a buscar las pérdidas y dificultades que hemos tenido en la vida, hay que construir refutaciones que nos digan todas las cosas buenas que hemos hecho y conservado. Podemos utilizar frases cómo: Hay que verlo todo para opinar, puedo haber perdido cosas en mi vida pero aún tengo muchas otras, esta derrota puede servirme para recordar las victorias, en la vida hay algo más que dolor.

Ej. Sales de casa un día por la mañana y piensas que una amiga está enfadada porque no le ha traído un regalo de tu lugar de vacaciones, piensas que el dependiente de la frutería se ha irritado porque no le has dado el dinero exacto. Debes plantearte que no tienes por qué predecir el rechazo, y has de analizar bien la situación, Quizás tu amiga no está enfadada contigo sino con su pareja, aunque el dependiente se mostrara desagradable es igual, no tiene por qué agradarte. Lo importante es que nos agradamos a nosotras mismas.

- ✕ Pensamientos dicotómicos "todo o nada": Pensamientos en el que las cosas son buenas o malas, ocurren siempre o nunca. Pero realmente no ocurren siempre, sólo algunas ocasiones, las cosas no son buenas ni malas. Considerar como fracaso cualquier logro que no corresponda a las expectativas máximas que tienes.

"Si no puedo resolver este problema soy una inútil."

No debemos describirnos la vida en términos absolutos, hay que ser más concreto con los matices de cada situación. Hay muchos grados para lo malo y para lo bueno.

Ej. Una persona que piensa que en su trabajo es completamente competente o no lo es, si alguna ocasión se retrasa ya piensa que es un desastre, y que es completamente impuntual. Debe plantearse, a veces eres muy competente, nunca eres totalmente incompetente, todos cometemos errores y es algo muy normal.

- ✕ Autoacusación y personalización: Consiste en echarse la culpa de todo, tenga o no tenga la culpa, y atribuir toda la causalidad de lo negativo a uno mismo en exclusiva.

"que a mi hija menor no le vaya bien en la Universidad, es porque no me he implicado demasiado en sus estudios"

Debemos plantear los hechos sin juzgarnos a nosotras mismas, usando afirmaciones que nos animen: todo el mundo comete errores: es humano ¡no más culpas! No soy responsable de los demás, voy a aceptar las consecuencias de mis actos pero no me voy a culpabilizar de mis antiguos errores, siempre hago lo que puedo...

Ej. María se echa la culpa de todos sus problemas y de los de sus hijos y su marido: se echa de culpa de que su hijo mayor no consiga empleo, de que su marido esté deprimido... Siempre piensa " es mi culpa" y acto seguido aparecían muchos sentimientos de culpa, ansiedad y depresión. Para combatir esto, escribió una especie de charla mental: no es culpa tuya, deja de insultarte, la pena y la culpa te quitan fuerzas, tu hijo es un gran chico deja que se ocupe de su vida, apóyalos y deja de torturarte".

- ✕ Lectura de pensamiento: Consiste en pensar que sabemos qué piensan los demás y cómo se sienten.

"mi marido viene con mala cara – está enfadado conmigo"

Debemos de nuevo ser lo más específicas y concretas posible, únicamente centrarnos en los hechos que conocemos. La única forma de conocer la opinión de los demás es preguntándosela, no supongas nada, compruébalo.

Ej. Pilar pensaba que su hija la odiaba porque discutían con frecuencias, que pensaba que era una auténtica analfabeta porque no tenía estudios superiores, se sentía ansiosa y alterada cuando veía a su hija. Pilar se planteó ¡para ya! ¿Le has preguntado alguna vez por qué esta de mal humor? ¿Has hecho algo para que ella te odie? , Es una pérdida de tiempo imaginarme cosas que no sé si son correctas.

- ✕ Razonamiento emocional: Consiste en pensar en las cosas según se siente, no como realmente son.

" en una época en que me encuentro más triste, pienso que soy inútil"

No debemos dejar llevarnos por nuestras emociones, sino razonar las situaciones.

Ej. Marta es una mujer dominada por sus sentimientos, leía una noticia sobre un accidente y pensaba en su muerte, sentía tristeza y pensaba que su vida no valía mucho, así que merecía perderla; en ese momento alguien le pregunta qué tal le iba, y ella pensó que estaba riéndose de ella y reaccionó con muy mal humor. Del mismo modo pensaba que nunca podría pagar sus facturas y que le quitarían su casa. Siempre actuaba así, sintiéndose desgraciada y aturdida, sin saber por qué. Lo que hizo fue construir pensamientos que podían explicar sus emociones: los

pensamientos pasarían dentro de un rato, ya que no son hechos, los sentimientos van a cambiar cuando pienso en otro modo.

- ✕ Deberías : Consiste en ser dirigido por pensamientos cómo ”debería” ”tengo que”, que hacen inviables otras opciones y cierran la posibilidad de orientarse hacia otras conductas alternativas, pensar que algo o alguien debería ser distinto de lo que es.

”debería cuidar a mis nietos cuando me lo pida mi hija, es el deber de una abuela, tenga ganas o no tenga ganas”

Podemos preguntarnos si en realidad tiene razón la voz interior que nos dice ”debería”. Somos personas adultas y libres y en esta etapa de nuestra vida tenemos el derecho sólo a hacer lo que nos parezca bien y si estamos en una situación difícil, no nos va a ayudar pensar que no es justo y que la situación debería ser diferente.

Ej. Ana se siente muy deprimida y solitaria después del fallecimiento de su marido, hace 5 años; no sale con amigos, ni pide a sus hijos que le visiten más a menudo. Piensa que la vida es injusta, piensa que debería haber pasado muchos más años junto con su marido; sus hijos deberían entender que se siente sola, sin que ella se lo diga. Al final Ana se da cuenta que su vida debería haber sido diferente. Si ella no hace algo para cambiar su situación no va a conseguir sentirse mejor.

Actividad 5

Anteriormente se vio cómo los pensamientos irracionales influyen en nosotros y cómo se relacionan con nuestros sentimientos y comportamientos. Esta actividad se centrará en controlar los pensamientos negativos mediante los siguientes pasos:

- 1- Señal: Sentimiento.
- 2- ¡Para!
- 3- Detectar el pensamiento irracional:

¿Qué pasó por mi cabeza justo antes de empezar a sentirme de este modo?

¿Cuál es el acontecimiento desencadenante?

¿Cuál es la idea irracional?

¿De qué tipo?

4- ¿Cuál es la evidencia de este pensamiento irracional?. Se buscará la evidencia a través de dos caminos distintos (se mostrará cada forma con un ejemplo diferente):

Discutir el pensamiento por medio de preguntas que cuestionen la validez del pensamiento. Las psicólogas adoptarán el papel de abogado del diablo, se les pedirá al grupo que den razones y convenzan de que su punto de vista es insostenible. Descubrirán por sí mismas los sesgos de sus ideas.

5- ¿Qué puedo hacer?. Buscar alternativas. Este apartado se trabajará más a fondo en la sesión 9 con la técnica de Solución de Problemas.

A continuación se hará una “lluvia de ideas”. Las psicólogas preguntarán al grupo qué creencias irracionales tienen; se preguntará también por los pensamientos que hayan anotado en los autorregistros. Se tomarán como ejemplo uno o dos pensamientos irracionales y se desmontarán siguiendo los pasos que se acaban de mencionar.

Actividad 6

Las psicólogas piden al grupo su opinión sobre si el pensamiento se puede parar. Cuando estén hablando, dan un golpe o una palmada muy fuerte. Preguntar: “Entonces, ¿Qué ha pasado? ¿Se han cortado vuestros pensamientos?”. Con este breve ejemplo se demuestra a los sujetos que el pensamiento se puede parar.

Hasta ahora se ha aprendido a modificar los pensamientos que se han detectado como irracionales y se han cambiado por pensamientos más racionales y adecuados a la situación. Pero hay ocasiones en las que esta técnica no es suficiente y lo que se quiere hacer no es tanto modificar los pensamientos inadecuados, sino hacerlos desaparecer.

“Por ejemplo, imaginemos que al día siguiente me tienen que realizar una pequeña operación, los médicos me han garantizado que no puede haber ningún tipo de complicación, aún así estoy continuamente pensando lo peligrosa que es y que me voy a morir y cosas por el estilo. Aunque lo “desmonto” y soy consciente de que es un pensamiento irreal y absurdo, no puedo quitármelo de la cabeza y viene a mí una y otra vez como si fuese la típica canción de verano que

no se nos va de la cabeza. Lo único que deseo es que DESAPAREZCA ese pensamiento ya que en este momento estoy en la cama y necesito dormir”.

TÉCNICA PARADA DE PENSAMIENTO

Esta técnica se utiliza para aquellos pensamientos que son automáticos, repetitivos y que no nos sirven para nada. Suelen ir acompañados de un estado emocional alterado y éste nos sirve como señal para detectarlos.

¿Cómo utilizar esta técnica? : Comprobar que hay cosas que interrumpen nuestro pensamiento. Como se ha visto en el ejercicio inicial de la sesión, la palmada fuerte ha cortado la participación de las participantes y los pensamientos que en ese momento tenían; se les explica que también en la vida cotidiana esto ocurre: un timbre de la puerta o del teléfono, un ruido, un frenazo de un coche..., es decir, casi toda estimulación externa más o menos intensa puede producir una interrupción de nuestro pensamiento.

La técnica de *Parada de Pensamiento*, se basa en esta premisa y trata de encontrar la manera de que nosotros podamos autoproducirnos el mismo efecto en nuestros pensamientos que el producido por un estímulo externo. Para ello, nos ayudaremos al principio de algún estímulo externo que podamos controlar, como por ejemplo, una palmada, un pellizco, un apretón de puños, al que intentaremos asociar una palabra para conseguir que la sola palabra cause el mismo efecto que el estímulo. Es decir se unirá repetidas veces la palabra a un estímulo fuerte.

El procedimiento sería el siguiente:

- Elegir una palabra que indique acción de parar algo: basta, para, vale, stop, ya...
- Elegir un estímulo externo que podamos utilizar fácilmente, una palmada, un pellizco...
- Cuando tengamos un pensamiento que queramos interrumpir, nos decimos en voz alta la palabra elegida e inmediatamente utilizamos el estímulo externo que así mismo hemos elegido. Es importante que siempre sea la misma palabra y siempre sea el mismo estímulo.
- Esta fase hay que practicarla un número elevado de veces para que se asocie la palabra al estímulo.

- Cuando aparezcan los pensamientos que queramos cortar, pensemos en la palabra elegida y utilicemos el estímulo externo. También es necesario hacer muchos ensayos de esta fase para garantizar que el pensamiento de la palabra se va a asociar fuertemente al estímulo externo.
- El simple hecho de pensar en la palabra interrumpe los pensamientos inadecuados porque ha adquirido el mismo poder distractor que el estímulo externo.

Los pensamientos de este tipo son parecidos a una bola de nieve, que cuanto más tiempo esta rodando más grande se va haciendo. Los pensamientos, cuando aparecen en la cabeza son todavía pequeños, pero si les dejamos rondar un tiempo, crecen hasta hacerse imposibles de controlar, por eso es conveniente que se utilice esta técnica nada más detectar este tipo de pensamientos en la mente.

Otro punto importante a señalar es que estos pensamientos son muy difíciles de interrumpir por mucho tiempo y suelen volver una y otra vez después de que los paremos, ya que lo que hacemos con esa técnica es meter una cuña en esos pensamientos, interrumpirlos por un tiempo muy pequeño. Por eso necesitamos hacer algo más que nos ayude a que esos pensamientos no vuelvan a asaltarnos. Hay varias cosas que podemos hacer:

- Pensar en algo agradable, en alguien al que queramos o apreciamos, en algo que vayamos a hacer en un futuro próximo, unas vacaciones, una reunión de amigos..
- Podemos comenzar una actividad que necesite cierta concentración y nos distraiga de los pensamientos negativos: podemos leer, fregar, limpiar la casa, escuchar música, ver la tele, llamar por teléfono, etc.
- Podemos utilizar alguna otra técnica de control de estrés que antes no podíamos utilizar porque los pensamientos negativos nos tenían bloqueados y no se nos había ocurrido antes, como el desmontaje..

Actividad 7

Se les entrega unos autorregistros para que practiquen la técnica de identificar y controlar pensamientos irracionales; anotar el grado de malestar que estos pensamientos provocan. En la otra columna intentar cambiar los pensamientos distorsionados por pensamientos alternativos y anotar el grado de malestar después.

Por último se les entregarán unos ejercicios en donde se propone una situación y el pensamiento irracional consecuente. Cada mujer debe plantear un pensamiento alternativo más

adecuado, es decir, ha de escribir cuál sería el pensamiento racional y los tipos de errores cometidos. Se puede dejar un tiempo aproximado de 15 o 20 minutos para que realicen los ejercicios. Esta actividad es útil para observar las dificultades que el grupo puede presentar y aclarar dudas.

Pensamiento que me hace sentir mal	Error Cognitivo	Pensamiento Alternativo
Ejemplo: Mi hijo siempre llega más tarde de lo acordado. Hoy seguro no podré dormir esperándole hasta la madrugada.	Generalización Adivinación del Futuro	En muchas ocasiones se ha pasado de la hora, pero no siempre. Trataré de descansar lo mejor que pueda y no me preocuparé hasta que tenga un motivo real para hacerlo.

Fin de la sesión.

SESIÓN 7: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO**RESUMEN DE LA SESIÓN**

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
7	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Dar a conocer y practicar una metodología para la solución de problemas. Aprender a identificar situaciones problemáticas en las que haya varias alternativas de solución, facilitando una amplia gama de posibles respuestas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta conveniente al problema. Explicar una de las formas para administrar el tiempo, identificando actividades prioritarias, estableciendo objetivos y dividiendo éstos en pasos a realizar para alcanzarlos.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. ¿Que es un problema?. Pasos de la técnica de solución de problemas. 2. Definir el problema. 3. Concretar los objetivos. 4. Búsqueda de alternativas. 5. Valoración de las consecuencias (ejercicio). 6. Puesta en práctica de la alternativa elegida. 7. Evaluación de los resultados. 8. Técnicas de administración del tiempo. 9. Concluir la sesión y hacer un pequeño cierre del programa.</p>	120 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Dar a conocer y practicar una metodología para la solución de problemas.
- ✓ Aprender a identificar situaciones problemáticas en las que haya varias alternativas de solución, facilitando una amplia gama de posibles respuestas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta conveniente al problema.
- ✓ Explicar una de las formas para administrar el tiempo, identificando actividades prioritarias, estableciendo objetivos, dividiendo éstos en pasos a realizar para alcanzarlos.

PROCEDIMIENTOS Y CONTENIDOS

Es frecuente que la mayor parte de los problemas o las elecciones se vayan resolviendo mejor o peor; sin embargo, en algunos casos la falta de conocimiento y decisión para dar una

solución acertada puede convertirse en un problema incluso mayor que el original. Esta situación de indecisión en la que no se encuentra una solución, suele facilitar la aparición de un serio malestar crónico, ya que cuando las estrategias de afrontamiento fracasan aparece un sentimiento de indefensión que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones, disminuye la posibilidad de alivio, el problema empieza a parecer irresoluble y la ansiedad o la desesperación pueden llegar hasta niveles paralizantes.

A veces, se puede convertir una situación en problemática si se utiliza una respuesta que parece eficaz en un primer momento pero que finalmente resulta ser desastrosa.

La sesión empezará explicando lo que se puede considerar un problema y como se debe reaccionar ante la posibilidad de que exista.

A continuación se explicará la Técnica de Solución de problemas y se expondrá paso a paso cada una de las fases progresivas de la técnica, incluyéndose un ejemplo práctico de cada una de ellas e intentando buscar ejemplos propios de las participantes, para que sea más ilustrativo.

Las múltiples actividades que se deben realizar se pueden convertir en verdaderos problemas. Es por ello que se incluye la técnica de administración de tiempo, ya que se vive de manera apresurada y las cosas se realizan a ultima hora, momentos en los que se maneja altos niveles de ansiedad, preocupación y no permiten pensar bien ni actuar de manera asertiva, debido a la mala planificación. Es importante buscar alternativas y establecer prioridades para que controlar el tiempo, por lo cual enseñaremos una técnica para administrarlo.

ACTIVIDADES

1. ¿Que es un problema? : Pasos de la técnica de solución de problemas.
2. Definir el problema.
3. Concretar los objetivos.
4. Búsqueda de alternativas.
5. Valoración de las consecuencias (ejercicio).
6. Puesta en practica de la alternativa elegida.
7. Evaluación de los resultados.
8. Técnicas administración de tiempo.
9. Concluir la sesión y hacer un pequeño cierre del programa.

MATERIAL

- ☞ Transparencia “Pasos a seguir para solucionar un problema”
- ☞ Transparencia “Conseguir una buena disposición”
- ☞ Transparencia “Definir el problema y concretar el objetivo”
- ☞ Transparencia “Buscar alternativas de solución”
- ☞ Transparencia “Toma de decisiones (valorar y decidir)”
- ☞ Transparencia “Poner en práctica la alternativa elegida y evaluar los resultados”
- ☞ Transparencia “Técnica de administración de tiempo”
- ☞ Transparencia “Técnicas para ganar tiempo”
- ☞ Transparencia “Superar la indecisión”

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad 1

Antes de desarrollar la técnica de resolución de problemas hay que qué es lo que llamamos un problema:

Se considera un problema a todo aquello que haga sentir mal, ya sea algo que esté fuera o dentro de uno. Por ejemplo, si mi vecino pone la música y me molesta, tengo un problema o si siento continuamente tensión en la cara y frente, tengo un problema, o si me pongo colorado cada vez que hablo en público, tengo un problema.

Además, tendremos en cuenta aquellos comportamientos que tengan consecuencias negativas para nuestra vida, aunque aparezcan a medio o largo plazo y no de forma inmediata. Por ejemplo, si discuto con facilidad en mi casa, cuando aparezca un problema, puede que a corto plazo no tenga tanto perjuicio, pero a largo plazo, probablemente no cuenten conmigo para tomar una decisión y me sienta enfadada o triste a menudo...

O, si por ejemplo, tengo debilidad en los huesos, y además sé que por herencia tengo predisposición a padecer de osteoporosis, tengo un problema, y si no me enfrento a él a corto plazo, a largo plazo será más difícil de resolver.

La valoración de los problemas es subjetiva. Lo que para unos no es problemático para otros puede serlo, pero para todo el mundo los problemas son la mayor fuente de estrés. Si nunca hemos aprendido como enfrentarnos a ellos o como solucionar situaciones complicadas probablemente nos estresaremos con facilidad viendo como los problemas se acumulan o se resuelven de mala manera.

Por tanto, la incapacidad para resolver problemas es frecuentemente una causa de ansiedad. Los problemas a los que no se encuentra solución desembocan en un malestar crónico. Cuando las estrategias de enfrentamiento ordinarias fracasan aparece un sentimiento de indefensión, disminuye la posibilidad de alivio y aparece la ansiedad y el estrés.

Las dificultades a la hora de resolver problemas pueden estar en:

- × Incorrecta definición.
- × No separar adecuadamente un problema de otro, pretendiendo abordar varios a la vez.
- × Cuando se buscan alternativas se pone en práctica la primera que a corto plazo resulta mas cómoda o la primera que se nos ocurre.
- × Eludir el problema, evitarlo o escapar de él.
- × Esperar a que el tiempo lo resuelva.

En esta parte del Programa se abordará una forma de enfrentarse a ellos con éxito y elegir la alternativa más positiva para solucionarlos. Y por lo tanto, rebajar o eliminar el estrés que nos produzca.

Además de identificar los problemas es muy importante *definirlos* claramente, buscar alternativas de solución y valorarlas adecuadamente antes de llevarlas a cabo. Esta técnica consta de los siguientes pasos:

1. Definir el problema y concretar el objetivo
2. Buscar alternativas de solución.
3. Valorar las consecuencias.
4. Poner en práctica la alternativa elegida
5. Evaluar los resultados.

Actividad 2

Definir el problema y concretar el objetivo:

Para resolver un problema lo primero que hay que hacer es definirlo de forma adecuada, es decir, hay que describir que pasa objetivamente, ciñéndonos a los hechos. Este paso es el primero que hay que dar y aunque parezca obvio o fácil, no siempre lo es y es conveniente tener claro ciertos puntos:

- ✓ Tenemos que solucionar los problemas DE UNO EN UNO, hemos de evitar enlazar unos problemas con otros. Tendremos que quedarnos con el que más nos urja solucionar y, posteriormente, cuando lo hayamos solucionado, ya pasaremos al siguiente problema.
- ✓ Además hemos de tener cuidado de NO GENERALIZAR y concretar al máximo. Es decir, qué es lo que nos hace sentir mal o qué es lo que queremos que cambie.

Actividad 3

Una vez que el problema está bien definido hay que establecer claramente *cuál es el objetivo*. El objetivo ha de ser la situación que primero habremos de resolver para que desaparezca el problema.

Ejemplo:

Definición correcta: “Mi problema es que mi pareja llega todas las noches bebido y acabamos discutiendo”.

Definición incorrecta: “Mi problema es que mi pareja esta desequilibrada, es un borracho y no me entiende nunca”.

En la primera definición es fácil concretar el objetivo: “Conseguir que mi pareja no beba por las noches”. El objetivo va a facilitar la búsqueda de las alternativas, ya que dará una pista de cuales han de ser más válidas y nos permite aclarar qué es lo que queremos. En muchos casos la definición del problema coincide con el objetivo.

Estrategia: Se utilizará la pizarra para exponer una serie de enunciados de problemas y las participantes han de decir si están bien o mal definidos y cuál podría ser el objetivo de cada uno de ellos.

Ejemplo:

Mi problema es que ayer discutí con mi pareja y hoy con mi mejor amigo.

Mi problema es que no ligo nada y soy horrible.

Mi problema es que soy depresivo.

Mi problema es que el mundo es un absurdo

Mi problema es que todo el mundo parece estar en contra mía

Mi problema es que peso 5 kilos más de mi peso ideal.

Mi problema es que no tengo trabajo.

La definición correcta que nos lleva al objetivo sería...

(+) "Mi problema es que ayer discutí con mi pareja y hoy con mi mejor amigo"

(-) "Mi problema es que el chico que me gusta del trabajo apenas me mira y me siento fea".

(-) " Mi problema es que a veces me siento muy triste cuando discuto con alguien"

(-) "Mi problema es que mi madre y yo no nos entendemos porque es de otra generación y mi padre no nos ayuda a entendernos mejor"

(-) "Mi problema es que he estado toda la mañana en la cocina haciendo la comida, y a las dos de la tarde mi hijo me ha dicho que no viene a comer a casa y no sé si mi marido vendrá porque se queda muchos días en el trabajo sin avisarme"

(+) "Mi problema es que peso 5 kilos más de mi peso ideal.

(+) "Mi problema es que no tengo trabajo"

Son definiciones porque nos llevan al objetivo que queremos conseguir. Como sería:

Discutir menos.

Intentar que el chico del trabajo me conozca y tratar de sentirme más bonita.

Conseguir no sentirme tan triste cuando discuta con alguien y tratar de negociar con esa persona.

Conseguir que mi madre me entienda un poco mejor y negociar con mi padre que nos ayude a entendernos.

Conseguir que mi hijo y mi marido me avisen con suficiente tiempo de antelación si no van a venir a comer.

Conseguir reducir 5 kilos de mi peso.

Buscar trabajo.

Actividad 4

Búsqueda de alternativas

A las distintas formas que tenemos de solucionar un problema las llamaremos ALTERNATIVAS. Por tanto, cuantas más “formas” descubramos o pensemos, más posibilidades tendremos de encontrar entre alguna de ellas la que pueda resolver con éxito las situaciones.

Así pues, hay que pensar en todas las alternativas que se nos ocurran, incluidas también las que nos parezcan disparatadas, ya que muchas veces, precisamente, esas alternativas más “tontas” o simples pueden ser las más adecuadas para resolver el problema. Esto es lo que llamamos una TORMENTA DE IDEAS.

Una vez que tengamos todas las alternativas hay que hacer una primera selección; la selección consistiría en desechar las que a simple vista no se pueden poner en práctica y las que tengan unas consecuencias negativas muy notables.

Ejemplo: “Muchos días no puedo comprar el pan porque cuando llego ya se ha vendido todo”

Alternativas:

Cambiar de panadería

Pegarme con la panadera hasta que me saque una barra.

Hablar con la dueña para que me guarde una barra

No comer más pan.

Que una amiga me coja todos los días la barra de pan a las 9 de la mañana.

En el ejemplo de la panadería, la alternativa " pegarme con la panadera" se desecharía porque no puede llevarse a cabo y lo rechazaríamos por las claras consecuencias negativas tanto a corto como a largo plazo.

Después de hacer esta selección quedarían las restantes alternativas que a primera vista parecen más o menos adecuadas. Hay que tener cuidado de no elegir la que nos parezca la mejor en un primer momento, por ser la primera que acabe con la situación, puesto que puede que a medio y largo plazo tenga unas consecuencias negativas importantes.

Por ejemplo si no queda pan cuando llego a la panadería, y me pongo a pagarme con la panadera hasta que me dé una barra de pan, que la haga o que me dé la suya. Esta alternativa resuelve mi problema de forma inmediata, es decir, lograr la barra. Sin embargo, es muy probable que después tenga problemas con la panadera y con la policía.

Por tanto es importante que valoremos las consecuencias positivas y negativas de todas las alternativas antes de elegir una. Esto se va a explicar en el siguiente punto.

Actividad 5

Valoración de las consecuencias

Como ya se ha dicho, para elegir adecuadamente las alternativas, hay que valorar las consecuencias a corto y a largo plazo de cada una de ellas. Además, para ser más precisos, cada una de las consecuencias se valorarán de 0 a 10.

Por ejemplo de la alternativa “hablar con la dueña para que me reserve una barra de pan” se desprenden varias consecuencias:

- ✓ Posibilidad de conseguir una barra de pan sin problemas.
- ✓ Satisfacción personal por negociar adecuadamente las cosas.

Las dos consecuencias son positivas para mí pero la segunda puede ser más importante, por tanto le daré un valor de 8 y a la primera uno de 7, porque es un poco menos positiva para mí.

Esta escala de 0 a 10 es totalmente personal y subjetiva, el 10 sería la consecuencia máxima, si es positivo lo más positivo y si es negativo lo más negativo. Siguiendo con el ejemplo de la panadería:

Ejercicio:

Si comparamos el valor positivo y negativo de cada alternativa obtendremos un nuevo valor que será lo que valga cada una de ellas. Las alternativas con mayor puntuación positiva serán las mejores y las que habremos de elegir y poner en práctica. Si salieran valores positivos muy bajos coger el mejor.

Estrategia: Con ayuda de la transparencia se irán dando valores a las diferentes alternativas del ejemplo de la panadería. Y se irán anotando las puntuaciones en la pizarra hasta llegar a la valoración de la mejor alternativa.

Si por alguna cuestión salieran todas las alternativas negativas habría que cuestionarse la definición del problema.

Actividad 6

Puesta en práctica de la alternativa elegida.

La alternativa que elijamos la plantearemos como una meta.

La primera condición para planificar una meta es dividirla en submetas. Estas a su vez tendrían las siguientes características:

- ✓ Que sean REALIZABLES. Esto quiere decir que la realización de la submeta depende de uno mismo.
- ✓ Que sean OBSERVABLES. Que se pueda ver objetivamente lo que queremos conseguir, que todo el mundo sepa a que nos referimos.
- ✓ Que tengan FACILITADORES para cada submeta. Hemos de procurar al máximo su realización.
- ✓ Que haya un PLAZO DE TIEMPO para realizarla y revisarla.

Si hemos conseguido lo propuesto hemos de planificar un “premio” por el esfuerzo realizado. Además nos podemos comprometer con alguien y pedir ayuda en caso de que sea necesario. Es importante facilitar al máximo la realización de la meta.

Actividad 7

Evaluación de los resultados

Si después de todo hemos conseguido lo que queríamos hemos de premiarnos por el logro. De esta manera la próxima vez que tengamos que hacer un esfuerzo no nos resultará tan costoso si pensamos que después habrá una recompensa.

¿Qué ocurre si no conseguimos resolver el problema? Habrá que ver dónde hemos cometido el error. Es posible que hayamos definido mal el problema o tal vez no hemos elegido la alternativa correcta o hemos fallado en la puesta en práctica. Una vez detectado el fallo empezaremos de nuevo con el procedimiento de resolución de problemas.

Actividad 8

En esta actividad se enseñará los 5 pasos de la técnica de administración de tiempo

1. Identificar las actividades que se realizan:

Esto se puede hacer mediante autorregistro. También se puede realizar una lista de objetivos (actividades a realizar). Los objetivos deben ser realistas y tiene que estar definidos objetivamente.

2. *Establecer prioridades:*

A corto plazo (a 1 semana)

A medio plazo (a 3 semanas)

A largo plazo (a partir de 3 semanas)

3. *Desglosar objetivos:*

Dividir los objetivos en pasos a realizar (submetas)

4. *Técnicas para ganar tiempo:*

Reglas obligatorias para ganar tiempo:

- ✓ Aprender a decir “NO” a los objetivos no prioritarios.
- ✓ Ignorar los objetivos secundarios de las listas, hasta completar los objetivos prioritarios.
- ✓ Incluir en el horario tiempo para imprevistos e interrupciones.
- ✓ Destinar distintos momentos del día a descansar.

Reglas opcionales para ganar tiempo:

- ✓ Delegar en otro las tareas no prioritarias.
- ✓ Evitar lo que pueda distraer el realizar las tareas prioritarias.
- ✓ Reducir actividades improductivas.
- ✓ Levantarse media hora o una hora más temprano.
- ✓ Olvidar perfeccionismo: Sólo hacer las cosas.
- ✓ Aprender a hacer dos cosas a la vez (tareas automáticas).

5. *Toma de decisiones.*

Después de habernos administrado el tiempo, lo que tenemos que hacer es:

- ✓ Señalar la fecha en que se realizará lo decidido.
- ✓ Responsabilizarnos de cada aplazamiento que hagamos.

- ✓ Aumentar la resistencia a la acción (exagerar las tareas que interfieren hasta el aburrimiento).
- ✓ Utilizar las normas automáticas para decir en situaciones poco importantes.
- ✓ Aprender de tareas fáciles (pasos, graduación en las tareas).
- ✓ Acabar las tareas.

Actividad 9

Como tarea para casa se les pedirá que pongan en práctica lo aprendido y que para la última sesión piensen en que les ha servido el programa de prevención y tratamiento en menopausia.

Fin de la sesión.

SESIÓN 8: EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO Y DESPEDIDA DEL PROGRAMA**RESUMEN DE LA SESIÓN**

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
8	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN: Evaluar la eficacia del programa de intervención psicológica. Cerrar el programa.</p> <p>ACTIVIDADES: 1. Aplicación de los cuestionarios de evaluación: HADS, Índice de Kupperman y Cuestionario de Calidad de Vida. 2. Valoración subjetiva del programa de intervención 3. Entrega de recetas saludables.</p>	120 min.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- ✓ Evaluar la eficacia del programa de intervención psicológica
- ✓ Cerrar el programa

ACTIVIDADES:Actividad 1

Se vuelve a aplicar el Cuestionario de Calidad de Vida, HADS e Índice de Kupperman y Blatt.

Actividad 2

Se mostrará de forma resumida como recordatorio un esquema de los temas abordados en las distintas sesiones

Actividad 3

Se dedicará gran parte de la sesión a comentar las impresiones que el grupo ha sacado del programa y la valoración del mismo. Incluyendo aspectos como qué expectativas se han cubierto con el programa, y qué modificarían o añadirían para años próximos. Se tomará nota de todos estos comentarios, para su posterior análisis.

Actividad 4

Aplicación de la escala sobre el grado de satisfacción y grado de utilidad del programa

Actividad 5

Entrega a las asistentes del recordatorio de comidas ricas y saludables, y comentarios acerca del mismo

Actividad 6

Despedida, agradeciendo su asistencia, y expresando el deseo de haber podido cubrir sus expectativas, así como haberles dotado de conocimientos y estrategias para vivir lo más plenamente posible esta etapa de la vida de una mujer llamada “Menopausia”.

ANEXO 3:

MATERIAL UTILIZADO

PREGUNTAS ACERCA DE LA MENOPAUSIA

1. ¿Qué preguntas acerca de la menopausia?

2. ¿Cuáles son tus dudas sobre la menopausia?

3. ¿En qué cambiará tu vida con la menopausia?

4. ¿Qué piensan las personas que te rodean sobre la menopausia?

AUTORREGISTRO DE SOFOCOS

Por favor, anote al finalizar cada día de la semana el número de sofocos experimentados en ese día y la duración del mismo. Posteriormente, indique el grado de malestar provocado por éstos a lo largo del día en una escala de 0 a 5. Teniendo en cuenta que 0 significa ausencia de malestar y 5 el máximo grado.

	Número de sofocos	Duración aproximada	Grado de Malestar
LUNES			0 1 2 3 4 5
MARTES			0 1 2 3 4 5
MIÉRCOLES			0 1 2 3 4 5
JUEVES			0 1 2 3 4 5
VIERNES			0 1 2 3 4 5
SÁBADO			0 1 2 3 4 5
DOMINGO			0 1 2 3 4 5

AUTORREGISTRO INDICADOR DE LA ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA
PRÁCTICA DE RELAJACIÓN

Fecha	Hora de		Situación	Nivel de Ansiedad (0-10)		Grado de relajación alcanzado (0- 10)	Zona del cuerpo menos relajada	Zona del cuerpo más relajada
	Inicio	Fin		Antes	Después			

AUTORREGISTROS DE PENSAMIENTOS

Fecha	Situación	Pensamiento	Ansiedad provocada (0- 10)

AUTORREGISTRO DE PENSAMIENTOS II

Fecha	Pensamiento negativo	Ansiedad provocada (0- 10)	Pensamiento alternativo	Ansiedad provocada (0- 10)

**DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CREENCIAS IRRACIONALES Y MODIFICACIÓN
POR RACIONALES**

SITUACIÓN A: He tenido una discusión con mi pareja y me ha dicho que no me quiere.

Pensamiento irracional:

Mi pareja no me quiere, es horrible, si no me ama no podré soportarlo, será mejor acabar con todo.

Pensamiento racional:

Tipos de errores cometidos:

SITUACIÓN B: He tenido una discusión muy fuerte con mi hijo y con mi marido.

Pensamiento irracional:

No puedo soportarlo más. En esta familia es imposible solucionar los problemas. Además mi marido nunca me apoya cuando tengo problemas con nuestros hijos.

Pensamiento racional:

Tipos de errores cometidos:

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1. ¿Qué problema tengo?

2. ¿Qué se me ocurre para solucionarlo?

1. _____

6. _____

2. _____

7. _____

3. _____

8. _____

4. _____

9. _____

5. _____

10. _____

3.- ¿Qué ventajas y desventajas tiene? ; ¿Qué puntuación les puedo dar?

	Ventajas	Puntuación	Desventajas	Puntuación	Puntuación Total
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

4.- ¿Qué solución es la que tengo que poner en práctica?

AUTORREGISTRO: ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO

1. IDENTIFICAR LAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

2. ESTABLECER PRIORIDADES

	URGENTE	NO URGENTE
IMPORTANTE	1	2
NO IMPORTANTE	3	4

3. DESGLOSAR LOS OBJETIVOS EN SUBMETAS

	SUBMETA 1	SUBMETA 2	SUBMETA 3
OBJETIVO 1			
OBJETIVO 2			
OBJETIVO 3			
OBJETIVO 4			

4. USAR TÉCNICAS PARA GANAR TIEMPO

5. TOMA DE DECISIONES

VALORACIÓN SUBJETIVA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

NOMBRE:

“Indique en esta escala con una puntuación de 1 a 10 en qué medida el programa de intervención se ha adecuado a sus necesidades y si gracias a él ha mejorado su situación respecto a la menopausia “.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

El programa no ha cubierto mis necesidades y mi situación con respecto a la menopausia no ha cambiado nada

El programa ha cubierto todas mis necesidades y mi situación con respecto a la menopausia ha cambiado por completo

AUTOEXAMEN DE LAS MAMAS

1. EXPLORACIÓN DE LAS MAMAS

A.



Acostumbre a mirarse frente a un espejo en posición erecta, visualice sus senos y evalúe:

- ✓ Simetría de los senos
- ✓ Hundimiento y hoyuelos
- ✓ Alteraciones de la piel del pezón

B.



Levante los brazos lentamente y colóquelos detrás de la cabeza, observe si presenta alguno de los parámetros anteriormente descritos.

2. PALPACIÓN DE LAS MAMAS

A.



Coloque un brazo por encima de la cabeza y palpe toda la superficie de la mama, la clavícula y la axila (correspondiente al brazo levantado) con las yemas de los dedos y siguiendo movimientos circulares. Al finalizar repita la misma operación con el otro seno.

B.



Repita el proceso anterior pero tumbada. Debe ejercerse una presión moderada para notar posibles bultos o cambios de consistencia del tejido mamario. Es aconsejable una vez al mes y no se debe los días previos a la menstruación.

Fuente: Fernández, E., Magnani, E, Fernández, J.M. & Fernández-Arcilla (2000). *Menopausia ¿Qué es?*. Madrid: Lilly.

EL TEST RÁPIDO DE LA OSTEOPOROSIS

1. ¿Alguno de sus padres se fracturó la cadera después de una caída leve?

Sí No

2. ¿Se ha roto algún hueso después de una caída leve?

Sí No

3. ¿Ha tomado corticosteroides (cortisona, prednisona, etc.) durante más de 3 meses?

Sí No

4. ¿Ha perdido más de 3 cm de estatura?

Sí No

5. ¿Excede los límites en el consumo de alcohol?

Sí No

6. ¿Fuma más de 20 cigarrillos al día?

Sí No

7. ¿Sufre frecuentemente de diarrea?

Sí No

8. ¿Tuvo su última menstruación (menopausia) antes de los 45 años?

Sí No

9. ¿Alguna vez dejó de menstruar por períodos de 12 meses o más (que no sea por embarazo)?

Sí No

<p>Si usted ha contestado que “Sí” a alguna de estas preguntas, podrá correr el riesgo de desarrollar osteoporosis. En este caso, recomendamos que consulte con su médico, por si fuese necesario pruebas adicionales. Acuda ala cita con este cuestionario. La osteoporosis puede diagnosticarse y prevenirse con relativa facilidad. Solicite información acerca de qué tipo de dieta debe seguir, si es conveniente que realice ejercicio físicoy que tipo de tratamiento podría tomar.</p>

Fuente: Fundación Internacional de Osteoporosis (2003)

